POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPOŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Maj — ROCZNIK DRUGI — 1900.

I. PRACE ORYGINALNE.

Wągr oka w Polsce.

Zebrał i nowemi spostrzeżeniami uzupełnił
DR JÓZEF TALKO.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. lek. lubels. d. 5 lutego 1900 roku).

Dokończenie.

Prócz nieprawidłowości wrodzonych, zdarzają się utwory w ciele szklistem i nabyte, szczególniej u krótkowzrocznych. Kol. T. Bałłaban spostrzegał u 70letniego lekarza, krótkowidza, około tarczy lewego oka utwór z cewek przeświecających o podwójnych zarysach, podobny do przewodów półkolistych ślimaka, który odbywał ruchy przy poruszaniu okiem, bez zmiany swego miejsca; nie miał on postaci bańki, a więc nie był wągrem; okiem tem liczył palce na 3 m. Chory ten odczuwał, że przy poruszeniu okiem pływał w niem robak, utwierdził go w tem przekonaniu pewien lekarz, który przed laty badał oko. Utwór ten bez wątpienia był nabytym przy krótkowzroczności wysokiego stopnia; możliwe, że podobne

zmiany w ciele szklistem, jak twierdzi i Wecker, są wynikiem dawnego doń krwotoku, który — jak wiadomo — wytwarza z czasem maczugowate, kuliste i cewkowate utwory, jakie po większej części bywają równoległemi do podłużnej osi oka. Wszystkie podobne utwory, wprowadzające w błąd lekarzy, nazwałbym fałszywymi wągrami *(pseudo-cysticerci corp. vitrei).* Do takich zaliczam i mój przypadek, spostrzegany w Kijowie (1864 r.) — jak o tem niżej.

Do rozpoznawczych danych wągra w ciele szklistem Wecker dodaje, że bywa możliwem wykazać miejsce wyjścia pasożyta — przerwanie siatkówki [1]). Jednakże rzadko kto widział otwór w siatkówce, który może być obwodowym, t. j. poza granicami wziernikowego pola widzenia. Zresztą bywają rzadkie przypadki pierwotnego rozwoju wągra w c. szklistem, prawdopodobnie wychodzi on wtedy z naczyń ciała rzęskowego. Zdarzały się przypadki pomyłek w rozpoznaniu, gdzie za wągra przyjmowano retinitis, szczególniej albuminurica, proliferans i wewnątrzoczne nowotwory *(sarcoma, glioma retinae)*, przy których amaurotyczne oko ma wygląd »kociego oka« i wśródoczne ciśnienie często się zwiększa, lecz to się więcej odnosi do rozpoznania podsiatkówkowego wągra. Zaznaczyć tu muszę, że w kilku przypadkach tego ostatniego dno oka dawało też odblask złocisto-żółty (Jacobson, Leber i inni); bywa to przy otorbionych wągrach, utrudniających rozpoznanie.

Przy opisie przypadków podsiatkówkowego wągra będzie podane parę słów o patognomonicznym objawie wewnątrzocznego pasożyta — o falistych ruchach jego, nie tylko widzialnej głowy i szyi, lecz i pęcherza, nawet gdy te są jeszcze ukryte.

V. Wągr podsiatkówkowy *(cysticercus subretinalis).*

Zdaniem operatorów łatwiej jest wydobyć pasożyta uwięzionego w tylnym odcinku oka pod siatkówką, którego przed

[1]) Miejsce, gdzie usadawiał się wągr pod siatkówką, przedstawia się pod postacią dużej niebiesko-szarej plamy z białemi smugami zmętnień, bez widzialnej wyniosłości (Leber).

laty A. v. Graefe radził nie tykać, a nawet przedsiatkówkowego *(c. praeretinalis)*, ale nieuruchomionego, aniżeli wtedy, gdy on jest pływający, t. j. ruchomy w ciele szklistem, zwykle rozmiękczonem, gdzie go łapać na chybił trafił nie tak łatwo, jeśli sam nie wypłynie, uniesiony prądem wyciekającego ciała. — Zwykle objawia się pod postacią pojedynczego pęcherza w ulubionem zwykłem miejscu, w okolicy plamki żółtej, niedaleko tarczy nerwu wzrokowego. Przypadki podwójnych pęcherzy nie są tak rzadkie; znamy kilka już w literaturze [1]), do nich zaliczamy jeden nasz, opisany przez kol. Kamockiego, mającego szczęście wogóle do wągrów, a nawet do bliźniaczych. Jako osobliwość spostrzegał Dr Schoebl w Pradze (1893 r.), a mianowicie: przy dyssekcyi oka znalazł cysticercus subretinalis triplex. U świń bywają jeszcze w większej liczbie: Hirschberg w oku jednej świni znalazł 12 pęcherzy, inni znajdywali do 16.

Przystępuję do poszczególnych spostrzeżeń polskich okulistów.

1. Dr W. Jodko-Narkiewicz (Warszawa) pierwszy spostrzegał wągra podsiatkówkowego. Było to w r. 1865. Pęcherz mieścił się u kobiety między siatkówką i naczyniówką na zewnątrz od plamki żółtej i był 4—5 razy większy od tarczy. Radził — jak było to wówczas pobożnem życzeniem — zabić go igłą, lecz sprzeciwił się temu znany warszawski chirurg Le Brun, a to dlatego, »aby nie pozbawiać chorej wzroku« (»Pamiętnik posiedz. Tow. lek. warsz.« 1865. LIII, str. 473).
2. Dr W. Kamocki spostrzegał przypadek przypuszczalnego podwójnego wągra pod siatkówką lewego oka u 23letniej bony, Antoniny S.; jeden w postaci owalnego, zielonawego i kurczącego się pęcherza poniżej plamki żółtej, przyczem wysuwała się szyja z główką; drugi, większy, zupełnie oddzielony i wyżej od pierwszego, nie zdradzał życia (nieruchomy), szaro-białawy, miał mniej

[1]) O. Becker, Alf. Graefe, Gradenigo, Dufour, Cohn i in.

prawidłową postać i »przypuszczalnie« przyjęty był za drugi okaz pasożyta. Chora, która wzrok tego oka utraciła, nie zgodziła się na wyjęcie gałki i przestała odwiedzać oftalm. instytut.[1]). (»Gazeta Lekarska«, 1882, Nr 29, z ryciną dna ocznego. Br. Wagner zapisuje go pod Nr 2 tablicy II).

3. Dr Bol. Wicherkiewicz w 1879 r. spostrzegał w Poznaniu podsiatkówkowego wągra u 14letniego Izraelity, który nie zgodził się na operacyę. Wspomina o tym przypadku kol. Bałłaban w swym dopisku (»Przegląd Lek.« 1898, Nr. 38, str. 474). Przedstawiony był na posiedzeniu poznańskiego Tow. Przyjaciół Nauk.

4–5. Prof. L. Rydel, który »bodaj pierwszy rozpoznawał w klinice Arlt'a wągra śródocznego w Austryi« (Sroczyński[2]), dopiero w końcu 1889 i w 1890 r. spostrzegał w Krakowie klinicznie dwa przypadki podsiatkówkowego wągra; w pierwszym wyjęto go z gałki, w drugim pozostał w niej nadal.

Przypadek *a)* miał miejsce u 37letniego J. S., komisarza z Dąbrowy Górniczej. Przez rozszerzoną źrenicę, przy użyciu silnej ($1^1/_2$-calowej) soczewki odsłonił się w prawem oku klasyczny obraz pasożyta, który pod postacią elipsoidalnego, zielono zabarwionego pęcherza zasłaniał tarczę, dotykając prawie równika gałki ocznej; zdradzał on się ruchami szyi i głowy, osobliwie wieczorami. Operacyę wykonano d. 31 grudnia 1898 r. podług Arlt'a, z tą różnicą, że cięcie twardówki zrobiono w tylnym górno-wewnętrznym oktancie gałki, począwszy od równika między mm. prostym górnym i wewnętrznym, długość rany wynosiła 1 cmt.; po rozwarciu jej haczykami, ujęto pęcherz szczypczykami wśród odpływu

---

[1]) Przypadek ten zapisany został w Bibliografii wągra u Dra A. Kraemer'a.

[2]) Dr C. Hirsch z Pragi czeskiej twierdzi, że pierwszy O. Becker przedstawił w Tow. lek. przypadek wągra ocznego w Wiedniu (Prag. med. Wochenschr. XXII, 1897, Nr 26—27).

kilku kropel cieczy wodnistej, prawdopodobnie wysięku, gdyż operacya odbyła się podsiatkówkowo; ranę twardówki zszyto jednym szwem jedwabnym, który zdjęto czwartego dnia, spojówkę zszyto osobno. Po 2 tygodniach chory opuścił klinikę: napięcie gałki prawidłowe, rozpoznaje tylko ruchy ręki wskutek zmętnień ciała szklistego i oderwania siatkówki.

b) Cztery miesiące później spostrzegano w klinice krakowskiej przypadek drugi. W lewem zezującem oku u 22letniego J. N., urzędnika z Chrzanowa, przy oderwanej siatkówce w całej dolnej połowie, wykryto w miejscu plamki żółtej kulisty zielonawy pęcherz, wielkości $2^1/_2$ tarczy; zmieniał on kształt bez okazywania szyi i głowy. Ś. p. Rydel operował go sposobem Alfr. Graefe'go przy znieczuleniu kokainą, wstrzykniętą pod spojówkę. Pomimo odpreparowania m. zewnętrznego ku tyłowi, trudno było ciągnięciem pętli, zaciśniętej na jego ścięgnie, odsłonić tylny biegun, trzeba było nadto szczypczykami odciągać zewnętrzną komisurę powiek. Przez ranę twardówki, długą 4 mm., przez którą zaczęło wyciekać ciało szkliste, do 6 razy wprowadzano szczypczyki bezskutecznie w różnych kierunkach: wągra nie złapano. Dzięki antyseptyce odczyn był bardzo nieznaczny, po 11 dniach oko mało się różniło od zdrowego; wskutek zmętnienia ciała szklistego chory operowanem okiem rozpoznawał tylko światło. Niepowodzenie operacyi tłómaczono sobie chybieniem odpowiedniego południka i ruchami gałki (chory nie był uśpiony, wskutek napadów duszności).

»Tak więc ostatecznie na 2 operacye raz nam się tylko szczęście uśmiechnęło. Na pociechę powiedzmy sobie, że uśmiechnęło się tu, o ile mnie wiadomo, pierwszej wogóle operacyi wągra w głębi oka« (Dr Fr. Sroczyński. Dwie operacye wągra podsiatkówkowego w »Przeglądzie Lekarskim«. 1890. Nr 42—43).

Ostatni wyraz podkreślono, bo rzeczywiście nieodżałowanej pamięci Rydel był pierwszym u nas, któremu

udało się szczęśliwie wydobyć podsiatkówkowego wągra, wogóle pasożyta z głębi gałki ocznej.

6. Dr W. Kamocki (Warszawa) opisał w swych »Zmianach anatomo-patologicznych przy wągrze wśródocznym« wągra wykrytego między naczyniówką i siatkówką u 20-letniego kucharza J. S., który utracił wzrok prawego oka wskutek bolesnego zaniku. Przy dyssekcyi ciało rzęskowe odłuszczone było na całej przestrzeni, odklejoną była na całej przestrzeni i naczyniówka; przestrzeń pod nią wypełniona galaretowatym przesiękiem, około zanikowego nerwu wzrokowego znajdywała się niewielka kostna blaszka. Przestrzeń między naczyniówką a odklejoną od niej siatkówką wypełniona zbitą tkanką, obfitującą w gwiaździste i wrzecionowate komórki i rozproszone ciała barwika. Ciało szkliste uległo przeistoczeniu włóknistemu. Podsiatkówkowy wągr, zauważony poza równikiem gałki, od strony skroniowej, w postaci 6—8 mm. gruszkowatej torbieli, więcej przyrośnięty do naczyniówki, aniżeli siatkówki; rozpoznano charakterystyczną chitynową błonkę wągra, lecz głowy z haczykami nie można było odszukać. (»Pamiętnik pos. Tow. lek. warsz.«, 1893. LXXXIX, z lit. tabl. ryc. Br. Wagner zapisał go pod Nr. 4, tabl. II.).

Jakkolwiek przypadek ten kol. Kamocki opisał i odrysował w 1893 r., spostrzegał go jednak w warsz. ocznym instytucie w r. 1889.

7. Siódmy przypadek spostrzegał, operował i szczegółowo opisał Dr Zieminski w warsz. ocznym instytucie. Przypadek tem jest ciekawszy, że wągr usadowił się u 30letniej żony szewca, Kazimiery B. z Warszawy, w obu oczach; jest to drugi przypadek znany w literaturze [1]).

---

[1]) Hirschberg, Bałłaban i in. pierwszy przypadek zaliczają do spostrzeganych w Niemczech. Kraemer (l. c. p. 100) powiada, że obuocznego wągra widziano »nur in einen Fall aus Italien«.

Chorą przyjęto do instytutu 10 marca 1898 roku. W prawem oku poczucie światła: w ciele szklistem nieruchomo błoniaste zmętnienie, w stronie zewnętrznej odklejenie całej skroniowej części siatkówki; przy zwróceniu oka ku górze i na zewnątrz widzialny był w okolicy tylno-zewnętrzno-górnego oktanta owalny pęcherz trzech średnic tarczy, z połyskującymi brzegami barwy zielonkawo-złocistej, z wyraźną plamką żółtą, z szybkimi ruchami głowy i szyi. W lewem oku, którem liczy palce na 2 metry, znaleziono też błoniaste męty, oderwanie siatkówki w tylno-zewnętrznym odcinku oka. w której widzialne były drobne metal. połyskujące plamki; z pod siatkówki przeświecał szaro-niebieski pęcherz do 5 mm. średnicy, główki nie było widać, lecz spostrzegano jakieś faliste poruszenie się zmętnień ciała szklistego i samej siatkówki. 21 marca z prawego oka, po uśpieniu chorej, wydobyty został wągr: po przecięciu m. prostego zewnętrznego i odprowadzeniu gałki w dół i ku nosowi, rozcięto twardówkę w kierunku południkowym w górno-skroniowym oktancie, długości 10 mm., od tyłu ku przodowi; podczas wahadłowego ruchu nożyka około jego osi, po wypłynięciu wodnistego wysięku z pod siatkówki, sam wypadł pęcherz. Operacya, jak i u Rydla, dokonaną była ściśle podsiatkówkowo. Po zszyciu mięśnia, połączono trzema szwami ranę spojówki, rany twardówki nie zszyto. Operacya i opatrunek ściśle aseptyczne. Szwy wyjęto po tygodniu. 16 kwietnia chociaż odklejona siatkówka znacznie się spłaszczyła, jednak pozostał taki sam wzrok, jak przed operacyą (ilościowe poczucie światła); tak samo i 5 miesięcy po operacyi. Na drugie oko — liczy palce na $1^1/_2$ metra — chora nie chciała poddać się operacyi. (»Przegląd Lekarski«. 1899. Nr 2. Dr Wagner zapisał go pod Nr. 9, tabl. II).

8. Dr W. Kamocki listem z d. 2 lipca 1898 zawiadomił mnie, że d. 28 marca r. b. wyjął jednego wągra z pod siatkówki prawego oka u 55letniej Wandy W. z Grodzi-

ska, osoby dotkniętej jednocześnie tasiemcem. Pasożyt znajdował się w dolnym odcinku przedniej części gałki. Chorą operował w warszawskim ocznym instytucie bez narkozy, w obawie wymiotów. Po oddzieleniu mięśnia dolnego prostego, spojówki i twardówki u dołu, pasożyt ukazał się w ranie, jak i w przypadku Ziemińskiego, i ujęty został szczypczykami. W kilka godzin po operacyi nastąpiły silne wymioty i obfity krwotok do wnętrza gałki i na zewnątrz. Zagojenie bez dalszych przypadłości, ale wzrok (do operacyi $^5/_{24}$) ograniczony do uczucia światła i projekcyi od zewnątrz i od dołu. Prawdopodobnie nastąpiło oderwanie się siatkówki. Przypadku tego kol. K. nie ogłosił szczegółowo drukiem, wspomina o nim kol. Br. Wagner w swej rozprawce pod Nr. 9, tabl. II.

9. W ocznym szpitalu w Wilnie rozpoznano w r. 1897 raz podsiatkówkowego wągra. Doniósł mi o tem kol. Ignacy Strzemiński. Od asystenta tego szpitala, Dra Lachowicza, otrzymałem następnie zawiadomienie, że przypadek miał miejsce u 25letniego włościanina, co do którego ambulatoryjnie postawiono rozpoznanie przypuszczalne, drugi raz jednak chory wcale się nie pokazał.

10. Przypadek Dra W. Kamockiego, którego opis przesłany mi w rękopisie dosłownie tu podaję.

Spostrzeżenie z warszawskiego ocznego instytutu.

»9/XII. 1899 próbowałem wyjąć wągra z pod siatkówki u 15letniej panienki Janiny G. (z Warszawy), umieszczonego pod plamką żółtą. Historya jest następująca: trwająca od kilku miesięcy utrata ukośnego widzenia bez innych objawów. Przy badaniu wziernikiem znalazłem odklejenie siatkówki w okolicy samej plamki żółtej biało-zielonawej barwy, od dołu pęcherzowatej postaci, od góry przechodzące w zdrową siatkówkę przy nieprawidłowej granicy; w sąsiedztwie odklejenia wybroczyny krwawe w siatkówce. Ciało szkliste w tylnych warstwach okazuje zmętnienie w postaci drobnego pyłu. Powierz-

chnia odklejonej siatkówki = około 6 powierzchni tarczy n. wzrokowego. Ruchy niewidoczne. W pięć dni później odklejenie znacznie większe, nerw mocno przekrwiony, granice jego niewyraźne, ciało szkliste mocniej zmętniałe, powierzchnia odklejenia okazuje zmianę połysku niezależną od ruchów gałki.

W cztery dni później jeszcze znaczniejsze zmętnienie ciała szklistego.

Jeszcze w sześć dni zmętnienie ciała szklistego tak znaczne, że nerw zaledwie jest dostrzegalny; granica odklejenia środkowego, sięgając teraz nosowej strony nerwu wzrokowego, również mniej widoczna, z wyjątkiem dolnego brzegu pęcherzowato wypuklającego się. Wyniosłość odklejenia robi wrażenie stosunkowo płaskiej, niepodobna jednak dokładnie jej określić dla zmętnienia ciała szklistego. Charakterystycznych dla wągra ruchów ssących i tym razem nie widać, tylko falowanie powierzchni odklejenia i zmianę połysku. Wybroczyny w sąsiedztwie znacznie większe. Chorą badałem wspólnie z kolegami: Gepnerem sen., Ziemińskim, Holcem, Etingerem, Beinem i Wagnerem; pomimo braku ruchów (wyraźnych), ze względu na obraz wziernikowy, przebieg kliniczny i charakterystyczne męty ciała szklistego przyjęliśmy rozpoznanie wągra podsiatkówkowego i przystąpiliśmy do operacyi. Po głębokiem uśpieniu chorej, przeciąłem m. rectus externus, nałożywszy na obwodowy odcinek pętlę, podminowałem obszernie spojówkę, aż do pionowego południka i zaczepiwszy podwójnym ostrym haczykiem za umyślnie obcięty dość szeroko przyczep m. r. externi i ściągnąwszy gałkę jak najbardziej ku nosowi, obnażyłem całą zewnętrzną powierzchnię gałki; pomimo nieodzownego przecięcia jednej venae vorticosae i kilku tętnic rzęskowych krwotok był bardzo mały. Chciałem koniecznie zobaczyć nerw wzrokowy, okazało się jednak niemożliwem zluksować tak mocno gałkę; namacałem tylko haczykiem do strabotomii i obliczywszy się z poło-

żeniem wągra, wkłółem nożyk Graefego tak daleko ku tyłowi, jak tylko pozwalał brzeg oczodołu, i przedłużyłem cięcie ku przodowi. Od razu wypłynęła żółtawa ciecz surowicza, ale nie ciało szkliste, czego jestem pewny, jak niżej się okaże. Wągr się nie ukazał; przedłużyłem ranę ku tyłowi, kierując nóż ukośnie pod brzeg oczodołu i roztworzyłem rankę, ustawiwszy w niej nóż poprzecznie; gdy i to nie pomogło, przedłużyłem cięcie jeszcze nieco ku przodowi do długości blisko centymetra. W przednim końcu rany ukazała się przytem czarna naczyniówka, wypchnięta przez ciało szkliste, galaretowatej zbitości, zaniechałem więc dalszego rozszerzania cięcia. Przecięty mięsień i ranę zaszyłem. Przebieg pooperacyjny zupełnie spokojny — odczyn nie większy niż po zwykłej tenotomii.

Chorą oftalmoskopowałem po raz pierwszy w cztery dni po operacyi. Ciało szkliste wyczyściło się znakomicie; odklejenie siatkówki, mniejsze mniej więcej o $^1/_3$, zupełnie płaskie. Rana widoczna doskonale tylnym końcem dosięga przedniego i górnego brzegu odklejenia; w sąsiedztwie jej niewielkie wybroczyny, w przednim końcu widać obnażoną czarną naczyniówkę. W tydzień po operacyi: ciało szkliste zupełnie przezroczyste, odklejenie jeszcze mniejsze, zupełnie płaskie, nie przypominające bynajmniej już wągra. Odklejenie, które w chwili operacyi sięgało nerwu wzrokowego, obecnie odsunięte od niego na średnicę do $1^1/_2$ tarczy nerwu wzrokowego; nieco mniej od tylnego końca rany. Wzrok od skroni palce na 2 m. — przerwa w polu widzenia mniejsza niż przed operacyą, chora utrzymuje również, że widzi lepiej. Szwy wszystkie zdjęte.

Corpus delicti, to jest przypuszczalnego wągra, nie wydostałem wprawdzie, gniazda bowiem nie podobna było absolutnie dosięgnąć i szeroko otworzyć, ze względu jednak, że płyn, jaki zaraz po nakłóciu gałki w ilości kilku kropel wystąpił, przypominał zupełnie znany wy-

gląd podsiatkówkowego płynu, bynajmniej zaś nie ciała szklistego, które zresztą pomimo bardzo długiej rany wcale się nie ukazało; przypuszczam, że tylny koniec cięcia dotknął jednak gniazda wągra i że tam pasożyt musiał chyba zostać przedziurawionym, inaczej bowiem nie podobna sobie wyjaśnić spłaszczenia zupełnego odklejenia siatkówki. Zapomniałem dodać, że wygląd nerwu obecnie prawidłowy.

Nie przeczę, że przypadek ten jest niezupełnie jasny, nie widzę jednak możności wytłómaczenia go sobie inaczej. Gdyby odklejenie siatkówki nie było spowodowanem przez wągra, nie wiem, jak objaśnić wybroczyny w jego sąsiedztwie, szybki wzrost i nagle powiększające się męty w ciele szklistem. Nie rozumiem też, jakim sposobem, przyjąwszy jakieś zapalne pochodzenie tych objawów, wytłómaczyć sobie wyczyszczenie ciała po operacyi, która w takim razie po nakłóciu zapalnego ogniska powinna była raczej spotęgować te objawy. Ostatniemi czasy stwierdzono: odklejenie siatkówki pozostało płaskiem i przybrało białawą barwę; liczy palce od zewnątrz na 1 metr; oko niebolesne, bez podrażnienia. — Przypadek ten dotąd nieopisany.

11. Dr St. Cetnarowicz wspomina w statystycznej tablicy o jednym przypadku podsiatkówkowego wągra, spostrzeganym przez niego w r. z. w Suchedniowie[1]). Zapytany o nim, szan. kolega odpisał mi, że dotyczy on 31letniej Sury Gliksman, żony blacharza ze Staszowa, chorej na lewe oko od półtora roku. Usadowiony prawie w okolicy plamki żółtej, nieco na zewnątrz i ku dołowi od niej, wągr posiadał wyraźne zarysy, a także charakterystyczne ruchy, nie pozwalające wątpić w rozpoznaniu pasożyta. Siła wzroku tego oka = 1/[illegible], przy 2C/20 prawego.

[1]) Kilka jego uwag z powodu ruchomego oddziału okulistycznego w Suchedniowie (Nowiny Lek., zeszyt 3, 1900).

Na rękoczyn operacyjny chora nie zgodziła się. Zapisana w księdze ambulatoryjnej w d. 1 sierpnia 1899 r.

12. Dwunasty przypadek wągra podsiatkówkowego ja spostrzegałem w Lublinie przez dość długi czas (1897—98). Udało mi się go wydobyć dość szczęśliwie: operacyę wykonałem 10 czerwca 1898 r.

13. W czasie druku mego artykułu kol. W. Kamocki d. 10 maja nadesłał mi jeszcze jedno świeże spostrzeżenie, jest ono więc 13 przypadkiem wągra podsiatkówkowego, który jednak pod okiem lekarzy przeszedł do ciała szklistego.

17letnia Rosyanka, pokojówka, nagle zauważyła zaćmienie wzroku lewego oka i zwróciła się do kol. Gepnera sen., który ją zwrócił do miejscowego (warsz.), instytutu ocznego. W chwili przyjęcia zauważono bladość i obrzęk tarczy nerwu wzrokowego, zamglenie okolicy plamki żółtej, przypominające nieco towarzyszące zatorowi tętnicy środkowej wysięk białawy, przykrywający częściowo art. tempor. int. retinae. W okolicy plamki żółtej prócz tego widoczne były dwie półksiężycowate plamki białe silnie lśniące i kilka drobniejszych, punkcikowatych. Robiły one jednak raczej wrażenie odblasków świetlnych od pozałamywanej siatkówki, aniżeli plam wysiękowych lub zwyrodnieniowych. Nie mogąc na razie postawić dokładnego rozpoznania, lecz mając prawdopodobnie do czynienia z poczynającem się centralnem odklejeniem siatkówki, kol. K. zaaplikował natr. salicyl., opaskę uciskającą i leżenie, — ze względu zaś na silną ogólną niedokrewność chorej, pozostawił ją przy użyciu zapisanych jej poprzednio przez innego kolegę pigułek Blacard'a z arszenikiem. Po tygodniu stan poprawił się o tyle, że wzrok z liczenia palców na 4—5 m. podniósł się do $^1/_{10}$. Bladość nerwu i obrzęk ustąpiły, natomiast w plamce żółtej część plamek (odblaskowych) zniknęła, pozostała jedna tylko półksiężycowa, cała zaś plamka przy zupełnej przezroczystości siatkówki lekko szarawa rysowała się wyraźnie, jakby cyrklem zakreślone koło.

Stopniowo cała plamka przyjęła obraz płaskiego, ostro zarysowanego odklejenia siatkówki (zawsze najdokładniej przezroczystej); za siatkówką ukazało się maleńkie obłoczkowate białe ciało owalne, a na powierzchni odklejonej siatkówki ukazały się, jak na spoconej szybie, przezroczyste jak gdyby kropelki, nadające jej szagrynowaty wygląd; widoczne to było zwłaszcza przy badaniu w obrazie prostym. Jednocześnie ciało szkliste nieco zmętniało, a wzrok obniżył się ponownie. Stan ten trwał kilka tygodni bez zmiany. »Chciałem — pisze mi kol. K., — idąc za radą szan. kolegi, spróbować faradyzacyi, gdy w tem domniemany dotąd wągr zaczął się sam poruszać zupełnie wyraźnie i wyciągać główkę«. Następnie wągr przysunął się do samego n. wzrokowego, przed tygodniem zaś siatkówka pękła i wągr przedostał się do ciała szklistego.

»Lubo pod koniec rozpoznanie było zupełnie już pewnem — pisze wkońcu kol. K., — wstrzymałem się od operacyi, wągr bowiem był i jest jeszcze bardzo maleńki, a jak przy jednej z poprzednich operacyi przekonałem się, dosięgnąć plamki żółtej jest prawie niepodobieństwem«.

A więc moje spostrzeżenie będzie z porządku (nie chronologicznie) ósmym przypadkiem udanej w Polsce operacyi pozasoczewkowego wągra, a piątym wągra podsiatkówkowego: pierwsi bowiem operowali wągra podsiatkówkowego prof. Rydel (31 grudnia 1889 roku), Bol. Wicherkiewicz (1889 r), potem Ziemiński (21 marca 1898 r.), Kamocki (28 marca 1898 r.) i Talko Józef (10 czerwca 1898 roku). Wogóle rok 1898 był pod tym względem szczęśliwym: operowano bowiem trzy przypadki podsiatkówkowego wągra i wszystkie trzy z pomyślnym wynikiem. Ostatni przypadek kol. Kamockiego (9 grudnia 1899 r.), niestety, nie uwieńczył się pożądanym wynikiem. Tak więc w Polsce do dziś dnia 6 razy operowano podsiatkówkowego wągra — 5 razy z dobrym wynikiem i raz z ujemnym.

W cesarstwie rosyjskiem do tej pory żadnemu z okulistów nie udało się wyjąć podsiatkówkowego wągra: na 11 takich przypadkow raz go operował w Moskwie prof. Braun (1869 r.), lecz pasożyt dostał się do ciała szklistego, skąd go nie wyjęto. Nie udały się też podobne operacye moskiewskim profesorom Kriukowowi (1897 r.) i Makłakowowi (1893); cięcie było dokonane w kierunku południkowym.

W Czechach pierwszy spostrzegał wągra ocznego Hasner r. 1870, siedział on między tęczówką i soczewką, wyjąć pasożyta nie udało się profesorowi. Jak twierdzi ś. p. Dr Jan Mitvalsky, a za nim C. Hirsch, w ostatniem dwudziestopięcioleciu spostrzegano 15 przypadków wągra, z nich 5 podsiatkówkowych; z tych ostatnich szczęśliwie wydobyto trzy (Sattler w 1890, Mitvalsky i Bayer). Czwarty przypadek dobrego zejścia po wydobyciu cystic. subretinalis przez Czermaka opisał asystent pragsko-niem. ocznej kliniki, Dr Camil Hirsch[1]). Obszerną o tem rozprawę napisał nieodżałowany młody nasz przyjaciel Mitvalsky p. t. Die Erfahrungen über Augencysticerken in Böhmen, — pracę, drukowaną w »Centr. f. prakt. Augenheilkunde« 1893, Juli-Heft.

Cysticercus subretinalis. Wydobycie pasożyta. Wyleczenie. *Taenia solium.* (Spostrzeżenie autora).

Jeśli do bogatej literatury niemieckiej wągra ocznego można dziś już zastosować słuszność twierdzenia Wecker'a, że na opis zasługują tylko takie przypadki wągra, w których szczęśliwie dokonano wydobycia wnętrzaka z zachowaniem kształtu gałki i w części przynajmniej czynności oka, to do naszej, skromnej jeszcze w spostrzeżenia, tego twierdzenia nie możemy jeszcze zastosować. Spostrzeżenia polskich lekarzy są dość nieliczne, szczególnie co do operacyi wewnątrzocznych wągrów, i to powinno zachęcić ich do ogłaszania swych spostrzeżeń w »Postępie Okulistycznym«, aby zebrać odpowiedni

---

[1]) Patrz jego przypadek: Cysticercus subretinalis. Extraction. Heilung (l. c.).

materyał przedmiotu, z którego moglibyśmy z czasem wyciągnąć praktyczne wnioski co do naszego kraju.

10 grudnia 1897 r. przyjechała do mnie ze wsi Dratów, z pod Łęczny gub. lubelskiej, Nadzieja Gołdajewicz, żona nauczyciela wiejskiego, prosząc o poradę z powodu utraty wzroku prawego oka. Była to 22letnia szczupła, dość nerwowa osoba, dotąd nierodząca, z pochodzenia Małorosyanka, urodzona w pow. łuckim. Niedawno przyjechała do Królestwa Polskiego z powiatu równieńskiego, gdzie przed pół rokiem zachorowała na oko. Inteligentna chora tak mi przedstawiła na piśmie początek swej choroby i następcze podmiotowe objawy w oku:

»Około 12 lipca 1897 r., w dzień słoneczny, przy schylaniu się dla obejrzenia kwiatów, nagle zauważyłam, że oczy jakby zaciągnęło białą płachtą, która utrudniała rozpoznawanie przedmiotów. Narazie pomyślałam, że coś wpadło do oka, a więc przemyłam oczy wodą, lecz przeszło kilka dni a płachta nie usuwała się z przed oczu. Przedtem dużo płakałam, przeto pomyślałam, że to stało się od płaczu. Stan taki trwał przez 2 tygodnie. Pewnego wieczora przypadkowo zakryłam lewe oko i przekonałam się, że plama istnieje tylko w prawem oku i to pośrodku, wokoło plamy można było widzieć. Plama powoli powiększała się. Po miesiącu zaczęły latać w oku czarne punkciki od nosowego kąta do góry w stronę przeciwną; robiły one wrażenie jakby stado wróbli zrywało się i leciało w górę. Przy ogniu i na słońcu było mi bardzo nieprzyjemnie i to zmusiło nosić dymne konserwy. Po 4 miesiącach podobnego stanu zauważyłam, że pośród plamy utworzył się czarny punkcik wielkości grochu, który nieustannie ruszał się, co zresztą po upływie miesiąca znikło. Po pół roku w skroniowoj części pola widzenia zauważyłam jakby pęczki siana, zwieszające się nad okiem — widziałam je tylko przy pewnem położeniu gałki. Skoro znikł ten objaw, znowu się pokazały czarne, latające, niby muchy, punkciki, a potem poczęła mnie prześladować złocista obwódka. Objaw ten tak się robił: u dołu gałki pokazywał się błyszczący punkcik, który powoli rozdwajał się, wydłużał, obchodził naokoło oko i u góry, łącząc się, wytwa-

rzał kółko, obwódkę, — trwało to 4—5 sekund. Potem znowu poczęły latać punkciki, lecz nie czarne, jak dotąd, ale złocisto-ogniste; jednocześnie z nimi powrócił czarny punkt, ciągle będący na osi wzrokowej. Niedługo przed operacyą wszystkie te denerwujące mnie objawy znikły, oko zaciągnęło się czarną zasłoną, która pozostawiła tylko wąską obwodową przestrzeń dla światła«.

Nie było wątpliwości, że spisane powyższe entoptyczne objawy, które przez kilka miesięcy powiększały nerwowy stan chorej, były wynikiem podrażnienia siatkówki i wytworzenia się środkowego ubytku, który stopniowo się powiększał. Chora tem okiem zaledwo liczyła palce w odległości 3 stóp i to w części obwodowej pola widzenia. Zwężenie jego miało postać owalną, owal głównie był ciemnym w dolnej części pola widzenia.

Po rozszerzeniu niezmienionej źrenicy atropiną, zapomocą wziernika przekonałem się, że łamiące środki gałki, o prawidłowem napięciu, były przezroczyste, niezmienione, tarcza wzrokowa prawidłowa. W odległości dwóch średnic tarczy od dolno-wewnętrznego jej brzegu (obraz odwrotny) widzialny był pęcherz szaro-błękitnawy z zielonawym odcieniem, o ostro odgraniczonych błyszczących zarysach, wielkości 3 D. tarczy; na powierzchni pęcherza przebiegały naczynia siatkówki, a więc wyrastał pod takową. Pomimo to, że kurczliwych czyli falistych ruchów pęcherza nie można było zauważyć, ze względu jednak na charakterystyczny obraz wziernikowy — wykluczywszy inne patologiczne zmiany dna ocznego — rozpoznałem, że mam do czynienia z klasycznym przypadkiem podsiatkówkowego wągra, co natychmiast oznajmiłem mężowi chorej. Do podobnego rozpoznania upoważniły mnie i powyższe objawy choroby i liczne ryciny dna ocznego, przedstawiające wągra w rozmaitych odmianach. Jedyny podobny przypadek, jaki widziałem w klinice A. v. G r a e f e'go, przedstawiłem na rycinie w artykule moim »Wągr w oku« (»Klinika«, 1870. Nr. 12—13), — był to więc drugi przypadek w mojej praktyce, a pierwszy mojej własnej. Nic więc dziwnego, że się nim zainteresowałem. Muszę przy-

znać, że jedno, co mnie zastanowiło: od czasu, jakem na berlińskiej klinice widział charakterystyczne ruchy (Undulirende Bewegungen), tak mi utkwił w pamięci ten piękny obraz, że, zdawało się, mam prawo oglądać go w każdym podobnym przypadku, skoro ciało szkliste nie ma znacznych zmętnień. Rozpoznanie bowiem wągra bez wykazania kurczliwości pęcherza, w braku innych objawów, spoczywa na kruchej podstawie, — jak słusznie powiedział jeden z okulistów naszych. — Jednakże nie tylko moje i kol. Kamockiego (Nr 10), ale i innych lekarzy spostrzeżenia przekonywają, że objaw ten, to jest samoistne ruchy pęcherza (nie mówię tu już o wahadłowych ruchach szyi i zmieniającej postać głowy), nieomylny objaw wągra, nie we wszystkich przypadkach bywa spostrzegany, chociaż pasożyt jest żyjącym. »Są przypadki — powiada Dr Kraemer,— gdzie objaw ten spostrzega się bardzo rzadko, albo wcale nie«. Tak było i w moim przypadku: pomimo częstego wziernikowania po kilkanaście minut, z przestankami, w dzień i wieczorami, ani razu nie udało mi się zauważyć ruchów pęcherza. Ostatnimi czasy przybywa nowy rozpoznawczy objaw wągra: De Vincentiis przerywanym prądem wywołał silne kurczenie się pasożyta pod siatkówką[1]).

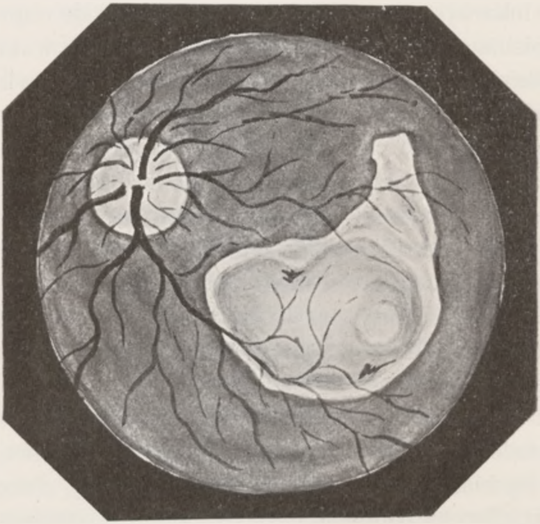
Jak wiadomo barwa wągrowego pęcherza bywa zwykle błękitno-zielonawa, jak i w moim przypadku; zdarzają się jednak barwy biało-popielatej, popielato-zielonawej, zielonej, a nawet żółtej. Trzeba pamiętać o możliwych tych odmianach. Otóż proszę zwrócić uwagę na fig. 104 atlasu Jaeger'a (1869 r.): przedstawia ona w okolicy plamki żółtej, w otoczeniu żółtem, owalną, ostro odgraniczoną, wyniosłą plamę (dług. 2 D. Pup., szer. $1^1/_2$ D.), którą on nazwał zapaleniem naczyniówki. Że podobnej postaci ograniczone zapalenia tej błony bywają w tem ulubionem miejscu usadowienia się wągra, o tem przekonałem się i ja osobiście, przedstawiając taki przypadek z mej praktyki, objaśniony ryciną: w okolicy plamki żółtej poprzeczno-owalna. srebrno-błyszcząca plama miała wymiar 6 D., były to

[1]) Annali di Ottalmologia. 1899. fasc. 2.

ograniczone wypociny naczyniówki, powoli zresorbowane[1]). Takie obrazy oftalmoskopowe mogą w błąd wprowadzić początkujących praktyków, przeto zwracam na nie uwagę.

Wracam do mojej chorej.

Po raz drugi przyjechała do mnie 24 grudnia. Wziernikowałem ją wraz z kolegami Seidenmannem i synem Włodzimierzem, którzy dotąd ani razu nie oglądali wewnątrzocznego wągra. Pęcherz powiększył się nieco, przybliżając się do tar-



czy. Granice szaro-błękitno-zielonawego pęcherza, ostro odgraniczone, połyskują barwami tęczy *(irisiren)*, otoczone — jakby w oprawie — wąziutką srebrną obwódką, prawdopodobnie wskutek zaniku barwika naczyniówki. W prawej stronie pęcherza dość wyraźna biała plamka — głowa pasożyta. U góry i u dołu na powierzchni jego dwie punkcikowe wybroczyny krwi w siatkówce, w dali od jej naczyń. Ruchów w pęcherzu wszyscy trzej nie zauważyliśmy żadnych. Wokoło siatkówka

[1]) Kaukazki Medicinskij Zbornik, 1870, Nr 9.

nieco obrzękła *(oedema retinae)*, a tarcza wzrokowa przekrwiona.

Trzeci raz odwiedziła mnie chora 10 lutego 1898 r. — w dniu tym odrysowałem dno jej oka, przy pomocy silnej o $1^1/_2$ ogn. lupy, które tak się przedstawiało na rycinie w kierunku odwrotnym. Jak widzimy, błękitno-zielonawy pęcherz ma postać poprzeczno-owalną, leży poniżej linii, przeprowadzonej poziomo przez dolny brzeg tarczy, od której odległy zaledwo na jeden poprzecznik takowej. Ciemniej zabarwione brzegi jego są naokoło ostro odgraniczone — chora bardzo wyraźnie entoptycznie go widzi w postaci ciemnej w polu widzenia plamy, »otoczonej złocistą obwódką«. Wziernikując, rzeczywiście można było widzieć tęczowo mieniące się barwy brzegów pęcherza, między którym a brzegiem tarczy pokazały się równoległe z nim dwie złocisto połyskujące smugi.

Jak przedstawia rycina, pęcherz naokoło, jakby w oprawie, otoczony był wąską, srebrno-błyszczącą obwódką, która u góry rozszerzała się, przybierała do pewnego stopnia odcień błękitnawy, mając wygląd nieruchomych szyi i głowy pasożyta; w grudniu sama wyniosła błękitno-biała część tego była jakby oddzielona jeszcze od pęcherza mostkiem prawidłowej siatkówki, przez który przechodziły naczynia takowej, obecnie jednak mostek ten przybrał również biało-błękitnawą barwę i zlał się z obwódką wągrowego pęcherza. Przypuszczam, że było to oderwanie siatkówki, a może droga, po której posuwał się pasożyt [1]) i następnie, rozrastając się, podniósł takową. Bądź co bądź, w każdym razie jak srebrna obwódka pęcherza, tak i ta nad nim sąsiadująca zmiana dna ocznego miały wygląd zmian podsiatkówkowych: po ich powierzchni przechodziły grube naczynia siatkówki, z których od dołu i od góry rozgałęziały się

---

[1]) Pasożyt porzuca niekiedy swoją pierwotną siedzibę z przyczyn, zależnych od zmian w ścianach torbieli i od zaburzeń w odżywianiu, zdolnych grozić życiu jego« (De Berardinis w Neapolu, Etude clin. et anatomopath. sur les cysticerques intraoculaires — art. w Annali di Ottalmologia, 1899, fasc. 2—3, recenzya jego w La Clinique Ophthalmolog. 1900, Nr 1).

na powierzchni wągra cieniutkie naczyńka. Na ten raz widoczną była dość wyraźnie błękitno-biała plama w pęcherzu — uwięziona i nieruchoma głowa pasożyta.

Czwarty raz chora przyjechała do Lublina d. 24 marca, uskarżając się, że skotoma znacznie się rozszerzyło, że widzi od czasu do czasu złociste obwódki, że od góry do dołu ku stronie nosa wisi przed okiem jakby pęk siana, a ruchliwa okrągła plamka nieustannie biega w oku, przytem dwuwidzenie zmusza chorą zawiązywać oko. Gałka ma wygląd niezmieniony, przekrwienia zewnętrznego niema wcale, ciało szkliste jeszcze przezroczyste. Zielono-błękitny pęcherz zdaje się jakby więcej rozdęty, naczynia siatkówki na jego powierzchni ścieńczyły się, nieruchomy, jak zawsze, nieco się przybliżył do tarczy (w odległości $^1/_2$ D.). Ta ostatnia niewyraźna, ponieważ, jak również i sąsiednie części siatkówki, silnie są przekrwione.

17 kwietnia z trudnością odróżniała palce w stronie skroniowej, skarżąc się na bóle głowy (oko niebolesne wcale) i na widzenie ognia, jakby wychodzącego w oku z góry i od zewnątrz, t. j. odpowiednio umiejscowieniu wągra. Pęcherz powiększył się do $2^1/_2$ D. tarczy, granice jego wyraźne, ruchów żadnych nie udało się i tym razem spostrzedz. W ciele szklistem pokazało się mnóstwo zmętnień pod postacią pajęczych nitek. Tn. gałki prawidłowy. Refrakcya dna oka 5 D., środka pęcherza 9 Dioptr.[1]).

Obawiając się, że pasożyt lada dzień przerwie siatkówkę i wejdzie do ciała szklistego, t. j. z postaci uwięzionej stanie się ruchomym, a więc trudniej mogący być ujętym, zaproponowałem ostateczny dzień operacyi. Do myśli o operacyi chora powoli przyzwyczajała się, widząc postęp choroby, pomimo zwykłe w tych razach zalecanych bez skutku kali jod. wewnątrz i rozmaitych antihelmintica do środka i zewnątrz.

---

[1]) W jednym przypadku Leber'a przy hyperopii dna ocznego 2 D, najwyższy punkt pęcherza wynosił 6 D., to jest miał wysokość 2 mm.; w przypadku Hirsch-Czermaka przy refrakcyi brzegu tarczowego 3 D., wyniosły środek pęcherza oznaczony był 11 D.

Chorą umieściłem w osobnym numerze szpitala św. Wincentego a Paulo i wykonałem operacyę wyjęcia wągra cięciem południkowem w d. 10 czerwca 1898 r., przy pomocy kolegów: Sejdenmanna, Dobruckiego, Majewskiego, Czerwińskiego i mojego syna Włodzimierza. Przyznaję się, że do operacyi przystępowałem z pewną obawą, po pierwsze bałem się zepsuć gałkę oczną u młodej przystojnej osoby, po drugie obawiałem się, aby, nie wydobywszy wągra, nie skompromitować się przed towarzyszącymi mi kolegami, z których trzech wierzyło w tym razie *in verba magistri* (tylko Dr S. i syn mój wziernikowali operowaną).

Po sprawdzeniu umiejscowienia wągra wziernikiem, chora była uśpioną. Po przemyciu powiek i worka spojówki rozczynem sublimatu i znieczuleniu oka kokainą, oznaczyłem południk cięcia pętlą, przeprowadzoną przez spojówkę na brzegu rogówki; potem w stronie skroniowej wstrzyknąłem do tkanki oczodołowej poza gałkę antyseptyczno-znieczulający płyn Schleicha Nr 3.[1]) za pomocą skrzywionej rureczki *ad hoc* strzykawki. Wstrzyknięcia w danym przypadku użyłem za poradą kol. Wicherkiewicza, a to dla wysadzenia gałki ocznej, a więc dla łatwiejszego wywrócenia i obnażenia jej okolicy tylno-biegunowej. Oznaczywszy każdemu z towarzyszących mi kolegów jego rolę, przystąpiłem do samej operacyi. Najprzód obciąłem spojówkę gałki koncentrycznie do zewnętrznego górnego brzegu rogówki, w odległości od niego na 8 mm, a więc wpobliżu równika, potem prostopadle do tej rany rozciąłem ją w kierunku oznaczonego pętlą południka i odłączyłem płaty od twardówki aż do załamka przejściowego. Po zatamowaniu krwotoku z pod spojówkowej tkanki, za pomocą mocnej pętli, podprowadzonej pod m. prosty zewnętrzny, odciągnięto i wywrócono gałkę oczną,

[1]) Mamy 3 recepty tego płynu: 1) Coc. mur. 0,2, morph. mur. 0,025, natr. chlor. sterilis. 0,2, aq. dest. steril. 100,9, adde ac. carbol. 5% gtt. 2 (mocny rozczyn); 2) Coc. mur. 0,2, morph. mur. 0,025, natr. chl. 0,2, aq. destill. ster. 100,0, adde ac. carb. gtt. 2 (średni rozczyn); i 3) Coc. mur. 0,01, morph. mur. 0,025, natr. chl. 0,2, aq. destill. 100,0, ac carboll. gtt. 2 (słaby rozczyn).

o tyle, o ile się dało, ku stronie nosa. Pnia jednak nerwu wzrokowego nie można było ujrzeć, tak, że zmuszony byłem wyciągnąć go zapomocą tępego *ad hoc* haczyka i tym sposobem ułatwiłem ustalenie gałki. W odpowiedniem miejscu, między mięśniami prostym zewnętrznym i górnym, między równikiem gałki i nerwem wzrokowym zapomocą wąskiego nożyka zrobiłem cięcie 8—9 mm. dług., tnąc warstwami twardówkę i leżącą pod nią naczyniówkę. Po przecięciu tej ostatniej wydzieliło się kilka kropel żółto-surowiczego płynu, który przekonał mnie, że jestem w okolicy podsiatkówkowego wągra; tego jednak nie zobaczono, pomimo, iż brzegi twardówkowej rany dostatecznie rozciągnięte były podwójnymi ostrymi *ad hoc* haczykami, jakich w podobnym razie użył skutecznie Dr Czermak w Pradze[1]). Po parokrotnem wprowadzeniu do głębi rany szczypczyków, przekonałem się, że wągr uszedł, czyli wpadł przez pękniętą, przytem ścieńczoną siatkówkę, pogrążając się w wierzchnich warstwach c. szklistego. Nie tracąc czasu, wprowadziłem do tego ostatniego szeroką kataraktalną łyżeczkę i jakaż była moja radość, gdy za pierwszym razem udało się złapać całkowity pęcherz wągra, którego pokazałem w łyżeczce towarzyszącym mi kolegom. — Utrata ciała szklistego była przytem minimalną. Po oczyszczeniu zszyłem ranę twardówkową dwoma powierzchownymi szwami z jedwabiu sublimatowego, następnie połączyłem kilkoma szwami rozciętą spojówkę i ustawiłem gałkę w swojem miejscu. Krwi w komórce oka nie było, jak to spostrzegali niektórzy operatorowie. Oko obmyto sublimatowym rozczynem, zasypano jodoformem i nałożono lekko uciskającą antyseptyczną opaskę.

Operowana całą następną dobę doznawała mdłości i wymiotowała, uskarżając się na silny ból głowy — było to wynikiem długiej, głębokiej narkozy, operacya bowiem trwała blisko godzinę. Na trzeci dzień objawy te ustąpiły po użyciu tinc. valerianae.

---

[1]) Leber używa w tym celu tępych haczyków, jak podaje Seyfert (Archiv f. Oph. 1892, 38, Abth. 2). Czermak — jak mi pisze — używa nie tylko zweizinkige, ale vierzinkige Häkchen, ostre i dość delikatne.

11 czerwca. Opaski nie zmieniono; chora uskarża się na ból w oku. Ciepłota 37,6. tętno 72.

12 czerwca. Spała dobrze, bólów nie uczuwa. Rogówka przezroczysta, niewielka chemosis, górna powieka nieco obrzękła i bolesna przy dotyku. Ciepłota 37,4.

13 czerwca. Obrzęk górnej powieki niewielki, ciastowaty; chemosis znaczna, nie zakrywa jednak brzegów rogówki. Niewielkie wysadzenie gałki pooperacyjne ustąpiło. Komórka oka czysta, czarna źrenica rozszerzona. Samoczucie doskonałe. C. 37,2, tętno 72.

14 czerwca. Chemosis nieznaczna, przez rozszerzoną źrenicę widać krew wylaną do ciała szklistego podczas operacyi. Wzrok = 0, ciepłota 37,4.

15—16 czerwca. Chemosis tylko w przejściowych załamkach spojówki, z której wyjęto wszystkie szwy. Ciepłota prawidłowa, chora czuje się doskonale, chodzi po pokoju.

17 czerwca. Opaska zdjęta i zastąpiona konserwami. Choć pociesza siebie chora, że rozpoznaje ruchy palców, przekonałem się jednak, że operowane oko posiada zaledwo czucie światła. Rozszerzona źrenica *(mydriasis paral.)* ma postać nieprawidłowo okrągłą, lecz ukośnie owalną od góry i wewnątrz na dół i zewnątrz.

Po zdjęciu jednak opaski chora wkrótce poczęła odczuwać ból w oku i sama prosiła o zawiązanie go znowu. Na drugi dzień stwierdziłem powiększenie przekrwienia się spojówki gałkowej, a w przedniej komórce znalazłem wylanie się krwi *(hyphaema)*, niecałkowicie zakrywające źrenicę. Hypotonia — 1. Uciskająca opaska.

19 czerwca. Chora czuje się podrażnioną, nie spała i płakała całą noc, uskarżając się na ból w oku, które jednak okazało się w stanie zadawalniającym: krew nawet doszczętnie została wessaną. Objawił się katar nosowy. Po zapuszczeniu kilku kropel kokainy ból oka zupełnie ustąpił.

24 czerwca. Z pod górnego obrzękłego załamka spojówki wydzieliły się dwa głębokie szwy, którymi zszyto ranę twardówki. Poczem wkrótce obrzęk i przekrwienie spojówki znikły

doszczętnie. Hypotonia — 1; przez owalnie ukośną, rozszerzoną (ale już mniej) źrenicę widać czerwoną barwę ciała szklistego, wskutek wylanej doń krwi; wylanie to nastąpiło z rany, t. j. z zewnętrzno-górnej strony, ponieważ wylew ma kształt promienisty, idący z tej strony w dół ku nosowi. Stosowano tylko okłady z rozczynu kwasu borowego.

27 czerwca. Chora opuściła szpital: okiem rozpoznawała ruchy palców, wziernikiem dają się spostrzegać niewyraźne kontury tarczy nerwowej.

5 lipca. Ambulatoryjnie rozciąłem wąski przyrost załamka spojówkowego do zabliźnionej nadtwardówkowej rany, pod którym przechodził zgłębnik, a co wywoływało niewielkie zwężenie szpary powiekowej, przytem zaleciłem chorej, aby przez kilka dni sama odciągała górną powiekę od gałki. Poczem obustronne szpary powiek stały się jednakowemi i nikt nie mógł dopatrzeć różnicy między oczami młodej osoby.

W miesiąc potem zapisałem: Tensio bulbi — 2, przez czarną 6 mm. źrenicę widać biało-błyszczącą oderwaną siatkówkę, której dolna połowa zakryta wybroczyną; nieznaczny ból w gałce. Zaleciłem zimne okłady i zapuszczanie pilokarpiny.

Po paru miesiącach (wrzesień): na powierzchni oka najmniejszego przekrwienia, ruchy gałki prawidłowe, T. — 1, źrenica zwężyła się do $4^1/_2$ mm. i jest już okrągłą; poza przezroczystą soczewką błyszczy biała oderwana siatkówka; bólów żadnych. Chora odwiedziła mnie z obawy o lewe oko, które się męczy przy czytaniu, a co tłómaczyło się silną niedokrewnością i ogólnem osłabieniem pacyentki; od trzech tygodni miewa wydzieliny solitera *(taenia solium)*. Prawdopodobnie więc u operowanej miało miejsce t. zw. samozakażenie jajami własnego solitera, z których jedno dostało się do oka i rozwinęło się pod postacią cyst. subretinalis. Zapisałem korzeń granatowy do picia.

Po raz ostatni pacyentka, po pozbyciu się solitera, zasięgała mojej porady w listopadzie r. z., w 17 miesięcy po operacyi: operowana gałka ma wygląd i ruchy prawidłowe; nawet źrenica nie różni się od lewej, przy bocznem oświetleniu wy-

kryłem w niej synechiae posteriores. Wzrok = 0. A więc miał wielką słuszność jeden z autorów, twierdząc, że: »Die beste Prothese ersetzt nicht ein natürliches, wenn auch amaurotisches Auge«.

Wyjęty z oka wągr w kształcie białego, napełnionego przezroczystym płynem pęcherzyka, mającego długości 8 mm., przedstawiony był kolegom, na posiedzenie wprowadzonym, przy małem powiększeniu drobnowidem: głowa czerwiocha *(scolex)* otoczona czterema sysawkami, nasadkami czyli banieczkami *(ventouses s. oscula)* i ugarnirowana haczykami pod postacią, zwaną rostellum. Kol. Seidenmann utrwalił ten piękny okaz, zachowawszy go w balsamie kanadyjskim; tak zwany ogonowy s. embryonalny pęcherzyk skurczył się do wielkości kulki przeszło 1 mm. w średnicy mającej, z której sterczy ukośnie szyja (długości $1^1/_2$ mm., szer. nitki) z główką pasożyta, dość dobrze widzialne gołem okiem.

Tak więc do tej pory spostrzegano w Polsce 48[1]) przypadków wągra (w tej liczbie 2 podwójnych, *c. duplex)*, a mianowicie 14 pod spojówką, 2 razy w oczodole, 2 razy

---

¹) Jak mi doniósł Dr Brudzewski, były asystent kliniki okulistycznej w Krakowie, dnia 10 kwietnia r. b., prócz wspomnianych przeze mnie dwunastu przypadków wągra podspojówkowego, ostatniemi czasy operowano w Krakowie jeszcze dwa: jeden przez Doc. Dra Sroczyńskiego na prawem oku 10letniej dziewczynki, Izraelitki (między caruncula i rogówką); drugi przez prof. Wicherkiewicza u 40letniego Izraelity; u tego ostatniego wągr rozrastał się nad rectus externus, tuż przed przyczepem mięśnia*).

Tak więc do zebranych i opisanych przeze mnie 46 przypadków dodać trzeba te 2, wszystkich więc przypadków będziemy mieli po dzień dzisiejszy 48, prawie pół setki.

---

*) Przypadek ten właściwie do statystyki się nie nadaje — gdyż po wykluczeniu innych pęcherzy klinicznie rozpoznano »wągra podspojówkowego« — przy operacyi atoli żadnych części pasożyta nie znaleziono. *W.*

w komórce oka, 17 razy w ciele szklistem i 13 pod siatkówką. Kol. T. Bałłaban znaną mu liczbę przypadków 17 podnosi do 20. Ja tę liczbę podwajam, co stanowi blisko siódmą część bibliografii przedmiotu A. Kraemer'a i $7^1/_4$ część spisu zebranego przez Bałłabana. Z tej liczby najwięcej przypada u nas przypadków wągra ocznego na kobiety, t. j. 33, u mężczyzn spostrzegano tylko 14 razy, w 1 spostrzeganiu płeć nieoznaczona [1]). Izraelitów było 11, chrześcijan 34; w 3 przypadkach narodowość nieoznaczona. U dzieci zwykle zdarzają się wągry pod spojówką (od 3—14 lat), a także w oczodole, wągr do komórki dostaje się po 20 roku życia (25 lat, przyp. Jodki; 28 lat, przyp. Kolińskiego), między 20—35 roku spostrzega się w c. szklistem (najstarsza chora 37 lat), w tychże latach i nieco później najczęściej widzialny jest wągr podsiatkówkowy (najstarsza chora 55 lat).

Z liczby tych 48 przypadków wydalono pasożyta z oka w 24 przypadkach: 13 podspojówkowych, raz z oczodołu, 2 razy z komórki oka, 3 razy z c. szklistego i 5 podsiatkówkowych; 1 wypadł sam i 1 wydzielił się przez ropienie; 3 wykryto przy dyssekcyi oka; reszta, 19 (pozasoczewkowych), pozostała nadal w oku, aby wywołać irido-kyklitis, irido-chor., z następczym zanikiem gałki ocznej, lub też otorbić się i zamrzeć we wnętrzu gałki.

Dane te wyprowadzam z spostrzegań polskich lekarzy, na obszarze ziem dawnej Polski zebranych.

Przypadkiem moim kończę szereg spostrzeżeń wągra ocznego, zebranych z czasopism lekarskich krajowych, a także

---

[1]) Inaczej ta statystyka przedstawia się u Niemców co do płci: tak na 80 przypadków v. Graefe'go było mężczyzn $^2/_3$ i kobiet $^1/_3$, u Hirschberg'a na 41 przypadków mężczyzn było 21, kobiet 20, u Leber'a w Getyndze na 19 przypadków liczono 13 mężczyzn i 6 kobiet. Widzimy więc, że u Niemców mężczyźni częściej kultywują wągra w oku, aniżeli kobiety. W guberniach rdzennie rosyjskich mężczyźni i kobiety w jednakowym stopniu chorują na wągra oka.

ze sprawozdań i łaskawie mi udzielonych przez życzliwych kolegów listownie, za co im składam serdeczne podziękowanie. Kto był pierwszym z nas, któremu się udało rozpoznać pasożyta w oku? Kol. Bałłaban cześć tę przypisuje ś. p. prof. Szokalskiemu (wągr w c. szklistem w 1867 r.), drugi przypisuje mnie (1864 r.). Twierdzę, że słusznie to pierwszeństwo należy ś. p. Jodko-Narkiewiczowi (1865 r.). Co do mnie, to rzeczywiście w moim artykule »Wągr w oku« (»Klinika«. 1870. Nr. 12—13) wspomniałem, iż w roku 1864 wraz z kol. Milliotem spostrzegałem w Kijowie u niejakiego Wiszniewskiego (lat 39), z gub. mińskiej, ciekawe oftalm. zmiany w jednem oku: »do środka tarczy zapomocą długiej nitki przyczepione było dość znaczne, biało-błękitne, błyszczące, wyraźnie odgraniczone ruchome ciało z trzema odrostkami, jakby wąsikami, z przodu przylegającymi do siatkówki« (podobną rycinę można widzieć u Liebreich'a »Arch. f. Ophth.« I. 2). Jak wiadomo, późniejsze badanie tego Graefe-Liebreich'owego chorego przekonało, że to nie był pasożyt, lecz błoniasty utwór t. zw. cewkowaty w c. szklistem: Hirschberg znalazł to oko w takim samym stanie po 12 latach. Mój podobny przypadek spostrzegałem na początku mej lekarskiej karyery, gdy o wewnątrzocznym wągrze mieliśmy jeszcze dość skąpe wiadomości. Dziś, krytycznie rozpatrując się, mniemam, że był to także utwór cewkowaty, a to tem bardziej, że pacyent od urodzenia był krótkowidzem w wysokim stopniu (nosił — 4), posiadał w obu oczach staph. posticum, a do tego i cataracta polaris posterior, przy której te utwory (osobliwie art. persistens) nie są rzadkimi. Był to więc utwór w c. szklistem stały, t. zw. pseudocysticercus, którego dziś do przypadków naszych zaliczyć nie mogę.

Tak więc przypadek mój kijowski z r. 1864 wymazuję obecnie z bibliografii ocznych wągrów. Czy w następnych latach znalazł kto z lekarzy kijowskich wągra? Zapytany w tej sprawie kol. Rumszewicz, tak mi pisał w d. 17 sierpnia 1898: »prócz przypadku Chodin'a w c. szklistem z r. 1888 (extir-

patio bulbi), nikt z nas wągra tu nie spostrzegał. Jeden z kolegów upewnia, że go widział, chociaż nie operował, lecz ręczę, że kłamie. Przypadek wągra pod siatkówką widziałem dawno na klinice Iwanowa, był to Niemiec z Berlina, nie operowano go«.

Kiedy mowa o wągrze na Ukrainie, jako o białym w tych stronach kruku, nie mogę nie odnieść tego i do Litwy. Widziano go tam 2 razy tylko, lecz nikt spostrzeżeń nie opisał.

»Wągra w oku — pisze mi kol. Strzemiński d. 30 czerwca b. r. — ja ani razu nie widziałem w Wilnie. Kol. Hłasko, mieszkający tu od końca r. 1889, na 18 tysięcy chorych (nie licząc chorych w izraelickim szpitalu) spostrzegał raz wągra zwapniałego w ciele szklistem; oko to z trudnością widziało ruchy ręki. W drugim przypadku, przedstawiającym oddzielenie siatkówki lewego oka, podejrzywał on istnienie wągra pod siatkówką; później zjawiło się obrzmienie wątroby i śmierć przy objawach zaburzeń wątrobianych. W przypadku tym prawdopodobniejszym był nowotwór, aniżeli wągr [1]). W szpitalu ocznym wileńskim od r. 1884, kiedy przeniesiono go do zbudowanego na ten cel domu i odkąd prowadzi się prawidłowe zapisywanie chorych, na przeszło 36,000 chorych, dopiero w ostatnim czasie, jak słyszałem, rozpoznano raz podsiatkówkowego wągra.

»Ja przez trzynaście lat pobytu w Wilnie (od 1885 r.) spostrzegałem około 20,000 chorych i w szpitalu św. Jakóba przez ostatnie trzy lata około 4,000: nie wymieniam spostrzeganych w szpitalu ocznym, gdyż się mieszczą w powyżej podanej liczbie.

»Oto wszystko, co mogę powiedzieć o Wilnie, do którego przybywają z znacznej liczbie chorzy oczni z całej Litwy. — Na 71,000 chorych ocznych dwa przypadki wągra.

---

[1]) Kol. Strzemiński niezaprzeczenie miał racyę, jednak kol. Hłasko w liście z d. 14 stycznia r. b. obstaje przy swem rozpoznaniu — pacyent był urzędnikiem pocztowym z prowincyi — chociaż w książce swej zapisał: »tumor subretinalis ze znakiem ?, przyczem T. + 1, V. = 0 i silne bóle gałki«.

Operacyi nie robiono ani razu. O innych miejscowościach Litwy nie posiadam żadnych w tym względzie wiadomości«.

Dane te uzupełniam listem ś. p. Jodko-Narkiewicza, pisanym z Bobowni (pow. nieświeski) d. 29 czerwca 1898 r., a więc na 4 miesiące przed śmiercią nieodżałowanego naszego przyjaciela: »Miło mi bardzo, że chociaż z powodu wągra[1]) mnie przypomniałeś, niestety bez korzyści, bo przez cały czas pobytu tutaj nie stwierdziłem napewno ani jednego pewnego przypadku, a nawet większych i dokładniejszych przypuszczeń nie było. Zresztą ja od trzech lat już się praktyką nie zajmuję i żadnych nie mam zapisków«.

Kol. Przybylski operował i opisał jeden przypadek na Podolu. W Królestwie Polskiem spostrzegano wągra w następujących miastach: w Lublinie 3 przypadki (jedna chora Wołynianka), w Łodzi 2 przypadki, w Radomiu 1 przypadek, w Staszowie 1, reszta w Warszawie, lecz nie tylko u chorych z Warszawy, ale z Włocławka, Grodziska i innych z guberni warszawskiej. Najszczęśliwszym pod tym względem z warszawskich okulistów jest Dr Kamocki, na jego dolę przypada najwięcej spostrzeżeń, nawet podwójnych wągrów; kol. Z. Kramsztyk, cieszący się obszerną klientelą, ani razu nie spostrzegał ocznego wągra, ani w szpitalu starozakonnych, w którym pracuje lat 27, ani w prywatnej praktyce, dopiero pierwszy raz miał możność spostrzegać go — jak mi mówił — w roku zeszłym, i to prawie naraz u 3 pacyentów. W Krakowie spostrzegano wągra 8 razy, we Lwowie 5 razy. W Poznaniu widział prof. Dr Bolesław Wicherkiewicz za swej tamże działalności — jak mi sam pisze — tylko dwa przypadki ocznego wągra, wspomniałem też o nich w odpowiednich działach. — Zliczając te dane, wypadnie, że dotąd na Litwie było 2 przypadki wągra, na Podolu 1, w W. Ks. Poznańskiem 2 przypadki, w Galicyi i Lodomeryi 13, reszta, 30 przypadków, wypada na Królestwo Polskie, a w tej

---

[1]) W oryginale: »bąblowca«.

liczbie 23 na Warszawę i warszawską gubernię, t. j. połowa spostrzeganych na całym obszarze ziem polskich [1]).

Dr Bron. Wagner w swem sprawozdaniu »O wągrze ocznym na podstawie danych statystycznych, opartych na materyale szpitalnym za okres czasu od 1 października 1870 r. do 1 kwietnia 1899« [2]), przyszedł do wniosku, że w ciągu 28½ lat w warszawskim ocznym instytucie na ogólną liczbę 134,304 chorych ocznych zaznaczono (ostrożne wyrażenie!) tylko 12 przypadków wągra, czyli, że jeden przypadek ocznego wągra przypada na 11,192 innych chorób ocznych. Taki prawie stosunek podaje ś. p. Mitvalsky dla Austryi (1:10,000). Wiadomo, że kiedy dawniej w Berlinie na 1000 ocznych (v. Graefe) znajdywano raz wągra, a nawet na 850 (Hirschberg) raz, dziś w ostatniem sześcioleciu na 46,000 chorych ocznych wykryto wągra tylko 2 razy. Schweigger i Virchow stwierdzają też, iż zachorzenia wągrem w Berlinie rzadziej się dziś spotyka. Hirschberg tłómaczy to ścisłością weterynaryjnych oględzin. Biorąc z tego pochop, kol. B. Wagner, zestawiając ostatnie 6 lat, na które w ocznym instytucie wypada 1 przypadek na 2500 chorych ocznych, wy-

---

[1]) Dr Lobasow donosi mi, że ostatniemi czasy w warszawskim ujazdowskim szpitalu, gdzie jest ordynatorem ocznego oddziału, ani razu nie znaleziono wągra u popisowych i rekrutów. Z kraju przychodzących było 2: referent jednego z pułków Gołubjew z wągrem w ciele szklistem, urodzony w gub. kałuskiej, nieoperowany; i pokojówka z wągrem w c. szklistem lewego oka, ur. w gub. siedleckiej. Jest to podobno przypadek opisany przez kol. Kamockiego pod nrem 13.

W tymże wojskowym szpitalu spostrzegany był w r. 1893 pewien przypadek, którego opis z ryciną nadesłał mi kol. Wadzyńskij z Wilna, a który on rozpoznał jako wągra podsiatkówkowego; mojem zdaniem nie był to wągr, lecz jakiś inny patologiczny nitkowaty na swobodnym końcu rozszerzony wytwór dna ocznego. Był to zresztą żołnierz dopiero co przysłany z gub. tambowskiej. Jestem upoważniony przez autora do wydrukowania jego spostrzeżenia w »Postępie Okulistycznym«, czytelnicy przeto sami będą mogli postawić swe wnioski.

[2]) Kronika Lekarska, zeszyt 13 z 1 lipca 1899.

powiada zdanie, że w rzeźniach w Królestwie Polskiem weterynaryjny nadzór powinien być ściślejszym i wzorować się na przepisach, obowiązujących w krajach ościennych, przedewszystkiem w Prusiech. C. Hirsch jednak, opierając się na materyale ocznej kliniki Czermaka, gdzie 1 przypadek wągra zdarza się na 18,000 do 20,000 ocznych chorych, wypowiada zdanie, wprost przeciwne mniemaniu Hirschberg'a i B. Wagnera; rzadkość wągra — powiada on — nie tłómaczy się ścisłym weterynajnym nadzorem mięsa, czego się wcale nie robi nie tylko w Pradze, ale i na prowincyi Czech, lecz »jest to zależnem od trybu życia narodowego« (l. c.[1]).

Bądź co bądź, godnym uwagi jest fakt, że gdy za życia A. v. Graefe'go wągr bywał częstym gościem oka w Berlinie, jakby na urągowisko okulistom, że go nie umiano wydobywać z głębi takowego, po jego śmierci daje się rzadko spostrzegać nad Sprewą. U nas, w czasach ś. p. Szokalskiego i Jodko-Narkiewicza, którzy pierwsi widzieli go w Warszawie, a bali się go operować, wągr był wielką rzadkością w Polsce;

---

[1]) Dawniej wedle obowiązującego §. 355 ustawy policyjnej wzbroniona była w Królestwie Polskiem sprzedaż mięsa z trzody chlewnej, dotkniętej chorobą wągrową w wyższym stopniu (p. Rom. Sobolewski: Weterynarya popularno-gospodarcza. Warszawa. 1876, str. 638—639). Dziś od r. 1897 obowiązuje u nas rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych nr 517, które głosi, że wągrowate i z innymi pasożytami (z wyjątkiem trychin) mięsne produkta dopuszczane być mogą w handlu li tylko warunkowo, a mianowicie, jeżeli pasożyty znajdują się w słabym stopniu (chwiejna ustawa!), przyczem powinno się uprzedzać o tem kupujących, by mogli zapomocą wysokiej ciepłoty (gotowanie, smażenie i przypiekanie) uczynić je nieszkodliwymi, lub też zrobić to sami w rzeźni. Zdaniem jednakże światłych naszych weterynarzy (Sobolewski, Seifman, Serafiński) nierogacizna, dotknięta wągrem w najmniejszym nawet stopniu, spożywaną być nie powinna pod żadnym pozorem.

Mówiąc o zarażeniu się człowieka wągrem, wspomnę zarazem o hypotezie, jaką wypowiedział O. Hanus w r. 1896, a mianowicie, że jest możebnem przypuszczać przejście zarodka, embryon hexacanthus, z worka spojówki do tkanki podspojówkowej (Contribution à l'étude du cysticerque sous-conjonctival. These de Nancy), a więc mógłby się tam dostać i z wody.

po ich jednak śmierci, a szczególnie w ostatnich latach, wągr oka stał się popularnym u nas, a szczególnie w Warszawie, chociaż mamy dziś dzielną broń w postaci cięcia południkowego w twardówce. Jaka rzeczywiście przyczyna, że dawny biały kruk w praktyce okulistów naszych stał się dziś od r. 1897 częstym gościem na ziemiach polskich, orzec stanowczo dość trudno.

Ze znanych mi spostrzeżeń ułożyłem następujące zestawienie 46 przypadków wągra w Polsce:

Rok:	Liczba przypadków:
1865	1
1867	1
1872	1
1873	1
1875	1
1876	1
1877	1
1879	1
1880	1
1882	2
1883	1
1889	4
1890	2
1892	1
1894	1
1895	1
1896	1
1897	8
1898	8
1899	10
1900	2

Dr Lutkiewicz w czasopiśmie »Wracz« (Nr 12, 1898) od 1860 do 1897 r. zebrał 37 przypadków wągra, »opisanych przez rosyjskich lekarzy«. Jeśli odliczyć od nich przypadki moje, Jodki, Szokalskiego, Przybylskiego i innych,

które ogłoszone były w czasopismach polskich, to na rosyjskie czasopisma pozostanie tylko 29. Od tego czasu przybyło u nich jeszcze kilka spostrzeżeń (Kriukowa i Sniegirowa w Moskwie, Prokopenki w Charkowie, Krajskiego w Kiszyniewie i innych). Tak, że do dziś dnia spostrzegano w cesarstwie rosyjskiem nie mniej 34 przypadków wągra ocznego: cokolwiek zamało na przeszło stumilionową ludność!, — co niektórzy (Magawly i inni) tłómaczą tem, że w guberniach rdzennie rosyjskich tasiemca rzadziej się spotyka, niż w guberniach Królestwa Polskiego [1]). Nie można tu jednak nie uwzględnić słusznego twierdzenia Dra Krajskiego (l. c.), że ta rzadkość tłómaczyć się może w części i tem, że tacy chorzy, zwykle tracąc wzrok jednego oka i nie doznając w niem bólu, nie szukają porady lekarskiej, lecz prędzej udają się do znachorów i znachorek, którzy nawet operują (nożykiem lub szydłem) podspojówkowe torbiele; a jak już boli. to trzeba robić enukleacyę: w takich oczach znalazłoby się niemało wągrów!

Godnym uwagi jest fakt, że u nas (Kamocki i Talko) tyleż razy (2) spostrzegano jednocześnie wągra w oku i tasiemca *(taenia solium)* w jelitach, co i w guberniach cesarstwa rosyjskiego (przypadki Rabinowicza i Serebrennikowoj). —

W literaturze polskiej znalazłem tylko 6 przypadków wągra w innych częściach ciała, a mianowicie w mózgu 4 przypadki i 2 w skórze i pod skórą [2]). Jeśli więc w oku spostrzegano dotąd 48 przypadków wągra, to wypada, że u nas na ziemiach polskich w oku spotyka się go 12 razy częściej, aniżeli w mózgu, i 24 razy częściej, aniżeli w skórze.

W tymże spisie polskich prac lekarskich znalazłem 20 przypadków bąblowca *(echinococcus)* w rozmaitych częściach

---

[1]) Lutkiewicz (l. c. p. 347) twierdzi, że najczęściej spotyka się w Rosyi taenia lata (5,51%), rzadziej taenia mediocanellata (0,58%), najrzadziej t. solium (0,53%).

[2]) P. Wykaz oryginalnych prac lekarskich polskich od roku 1831 do 1890 włącznie (Warszawa, 1897, str. 305 i in.), a także każdy coroczny lutowy zeszyt »Pam. Tow. lek. warsz.« do r. 1899 włącznie.

ciała, a mianowicie 18 razy w wątrobie, raz w sutku kobiecym[1]) i jeden tylko przypadek w oczodole. Kol. J. Koliński przedstawił w Tow. lek. m. Łodzi w r. 1897 »błony bąblowca, wydobyte z oczodołu 2letniej dziewczynki po usunięciu wysadzonej i zropiałej gałki«; torbiel rozrastała się szybko, po 2 miesiącach w wysadzonej gałce przedziurawiła się rogówka i wypadło ciało szkliste. Operacya zrobiona późno wskutek oporu rodziców; torbiel pasożyta usadowiła się w wierzchołku lejka mięśniowego.[2]).

Mamy więc dotąd 48 spostrzeżeń wągra ocznego na 2 przypadki bąblowca ocznego (podspojówkowego i oczodołowego), spostrzegane tylko w Łodzi, czyli, że bąblowiec *(echinococcus)* 24 razy rzadziej nawiedza u nas organ wzroku, aniżeli wągr *(cysticercus cell.)*.[3]).

Na tem kończę moją pracę. Jeśliby mi kto z naszych najserdeczniejszych robił zarzut za jej tytuł »Wągr w Polsce«, odpowiem słowy Leroy-Beaulieu: »Chociaż Polska wymazaną została z liczby państw samodzielnych, nie przestała na chwilę okazywać swej żywotności narodowej przez swą sztukę i przez swoje piśmiennictwo[4]«). Niechże i ja tu dołożę moją cegiełkę, polecając te luźne lekarskie zapiski względom łaskawych czytelników »Postępu Okulistycznego« w roku jubileuszowym naszej prastarej Alma Mater, która oby świeciła pierwszorzędną gwiazdą w plejadzie wszechnic światowych przez długi jeszcze szereg wieków!

---

[1]) P. Czasopismo Lek. Łódzkie, maj, 1900, str. 191.

[2]) Gazeta Lekarska, Nr 13, 1898.

[3]) W rosyjskiem piśmiennictwie podano do 1895 roku 4 przypadki bąblowca oczodołu (p. tablicę powyżej cytowanej rozprawy Mandour'a). Liczbę tę podwaja A. Natanson w rosyjskim przekładzie Eulenburg'a »Realnaja Enciklopedja Medic. nauk« (Petersburg, 1898), cytując 9 przypadków, spostrzeganych przez rosyjskich lekarzy. A więc bąblowiec oczny $4^1/_2$ razy częściej się zdarza w guberniach cesarstwa rosyjskiego, aniżeli w ziemiach polskich, gdy przeciwnie wągr oka częściej bywa widziany wśród ludności tych ostatnich, aniżeli w ziemiach rdzennie rosyjskich.

[4]) Revue des Revues (zeszyt styczniowy 1900 r.).

II. STRESZCZENIA.

O sprawach, odbywających się w siatkówce przy barwnem oświetleniu równego nasilenia. Dr Ed. Pergens (Zeitschrift f. Augenheilkunde. T. II. Z. 2).

Autor przechodzi w porządku historycznym prace o sprawach w siatkówce i zbiera wyniki tychże w następujące punkty:

1. Wędrówka barwiku jest najsłabsza w barwie czerwonej, najsilniejsza w niebieskiej według Bolla; jednakże barwy między nimi leżące nie całkiem tak się zachowują, jak podał Boll. Nasilenie światła barwnego ma tylko ograniczony wpływ.

2. Wędrówka barwiku odbywa się, podług Engelmanna i Angelucciego, w obydwu oczach, chociaż tylko jedno jest oświetlone; tak samo kurczenie się czopków; ubytek zaś nukleiny tylko w oku oświetlonem.

3. Pręciki i czopki okazywały ten ubytek nukleiny w każdem barwnem oświetleniu i nic nie wskazuje na istnienie trzech rodzajów elementów nerwowych, jakie Helmholtz przyjmuje.

4. Ubytek nukleiny towarzyszy zmniejszaniu się powinowactwa protoplazmy dla zasadowych barwików anilinowych, prawdopodobnie właśnie wskutek ubytku nukleiny rozpuszczonej w protoplazmie.

5. Żadna ze zmian w siatkówce dotąd znanych nie wyjaśnia odczuwania barw.

6. Krzywe wędrówki barwiku, ubytku nukleiny i zmniejszanie się powinowactwa protoplazmy dla zasadowych barwików są prawie równe i wskazują na wzajemną ich zależność; kurczenie się czopków odbywa się według innych prawideł.

7. Barwa ultra-fioletowa między L i M okazywała najsilniejsze kurczenie się czopków, najmniejszy ubytek nukleiny, największe powinowactwo dla zasadowych barwików, a wędrówkę barwiku, jak w barwie pomarańczowej.

8. Pod działaniem promieni Roentgena przez pół godziny zachowywała się siatkówka, jak w bezwzględnej ciemności. —

Najnowsze badania i własne doświadczenia autora dają takie wyniki:

1. Barwy widma i barwy otrzymane z kombinacyi szkieł barwnych nie zawsze jednakowo działają na siatkówkę.

2. Barwa czerwona ma największy wpływ na ubytek nukleiny.

3. Zmiana co do długości czopków jest zawsze pierwszym skutkiem przy oświetleniu barwnem i t. zw. bezbarwnem.

4. Barwne światło może zadziałać na siatkówkę, nie wywołując wędrówki barwiku.

5. Gdzie można było stwierdzić ubytek nukleiny w jądrach czopków, tam krzywe dla czopków i pręcików były równe; pręciki jednak zużywają więcej nukleiny, więc zdaje się, że odgrywają czynniejszą rolę.

6. Ponieważ różnice w każdej barwie stwierdzone poruszają się w granicach takich, jak w innych barwach innego nasilenia, przeto żadnego z wymienionych działań nie można uważać jako specyficzne dla poczucia barw. Zarazem upada teorya poczucia barw w różnej głębokości siatkówki.

7. Niebieska barwa daje przy równem nasileniu najsilniejszą wędrówkę barwiku, najmniejszy ubytek nukleiny, a przy nasileniu $^1/_4$ świecy Hefnera i poniżej najsłabsze kurczenie się czopków.

8. Wogóle wzmaga się wędrówka barwiku, ubytek nukleiny i kurczenie się czopków wraz z nasileniem oświetlenia barwnego.

Dr Jan Kreutz.

Objaw Bella (Ueber das Bell'sche Phaenomen. Beitraege zur Physiologie. Festschrift zum 70. Geburtstage des Herrn Geh. Raths Prof. Dr Fick). J. Michel. (Muenchener Med. Wochenschrift. 43. 1899).

W roku 1823 ogłosił Bell spostrzeżenie, że równocześnie ze zamknięciem powiek zwracają się gałki ku górze. Objaw ten, ściśle biorąc, składa się z następujących aktów: Przy każdem zamykaniu powiek najprzód poruszają się gałki ku górze i wewnątrz, potem na zewnątrz do góry, a równocześnie powieka górna opada więcej. Objaw ten składa się zatem:

1. Z czynnego kurczu mięśnia obrączkowego i biernego zluźnienia mięśnia unoszącego powiekę.

2. Z czynnego kurczu mięśni unoszących gałkę i biernego zluźnienia mięśni pochylających gałkę.

Stosunek obopólny tych mięśni bywa nieraz ustalony jak we śnie.

Bordier i Frenkel zjawisko to opisują jako coś nowego, nieznanego, i nadają mu pewne znaczenie rozpoznawcze przy porażeniach nerwu twarzowego.

Przy dobrotliwych obwodowych bowiem porażeniach objaw ten, zdaniem tych autorów, nie miałby występować, gdy przy innych, połączonych ze znakami zwyrodnienia, daje się stwierdzić. Przy powrocie ruchliwości mięśnia twarzowego miałoby zboczenie ku górze z chwilą zamykania szpary powoli stawać się słabszem, a to znowu przemawiałoby za ustępowaniem porażenia.

Inni autorowie przyznają objawowi Bella wyłącznie znaczenie

fizyologiczne, a Mendel tłómaczy go sobie tem, że górny facialis powstaje z tylnego odcinka jądra okoruchowego tejże strony, lubo Koelliker wykazał, że okoruchowy nie oddaje żadnych włókien twarzowemu. Atoli spostrzeżenia kliniczne przemawiają znowu za zapatrywaniem Mendla, a mianowicie osłabienie okrężnego przy porażeniach okoruchowego.

Michel spostrzegał trzy przypadki porażenia mięśni unoszących gałkę, w których w dwu przyrodzonych przypadkach mięsień obrączkowy był czynny, w trzecim zaś tylko biernym; tutaj zaś zachodziło obustronne, prawdopodobnie wskutek wynaczynienia przy miażdżycy tętnic, jądrowe porażenie okoruchowego nerwu u 59letniego mężczyzny. Gałązki tego nerwu do zwieracza źrenicy i m. rzęskowego nie brały udziału w porażeniu. Gdy jednak anatomicznie nie można wykazać połączenia nerwów twarzowego i okoruchowego, przeto autor odnosi ów stosunek obopólny obu nerwów do kory mózgowej i przyjmuje obrażenie ośrodków kojarzenia *(Stoerung der Associationscentren).* — *W.*

O wpływie zimna na ośrodki łamiące oka. Michel. (Tamże).

Gdy żabę poddamy ciepłocie poniżej 0^{0}, występuje przed jej śmiercią zmętnienie soczewki, przedstawiające się mikroskopowo zupełnie tak samo, jak zaćma, wytworzona przez podanie soli kuchennej.

Soczewki świńskie, końskie i cielęce przedstawiają się w stanie zmrożonym zupełnie biało. Zmiany te, tak chemiczne, jak fizyczne, wyrównują się w przeciągu kilku sekund. Wodne atomy występują po odciągnięciu cieplika jako krople, a każda znowu przy dostępie ciepła powraca na swe miejsce.

W połączeniu z poprzedniemi znanemi zjawiskami badał autor wpływ zimna na inne ośrodki łamiące, a wynik badania streszcza w następujący sposób:

1. Przez wystąpienie wody z tkanek, obfitujących w białkany, światło załamuje się w inny sposób i dlatego ciało takie przedstawia się zmętnione, przy dostatecznej oczywiście ilości wody i białka w tkance.

Rogówka i soczewka zupełnie jednako zachowują się pod tym względem, a tak samo i białko kurze. — Ciecz wodna i ciało szkliste z powodu nieznacznej zawartości białka nie ulegają zmętnieniu.

2. Zmętnienie wskutek zmrożenia nie jest połączone ze zmianą budowy anatomicznej. — Przypomnieć trzeba, że skład białkanów przytem się nie zmienia. *W.*

Czarne nerwy wzrokowe (Schwarze Sehnerven). Dr L. Pick z Królewca. (Archiv f. Augenheilkunde. 1900. T. XLI. Z. I.).

Autor opisuje ciekawą anomalię barwikową nerwu wzrokowego, odkrytą przypadkiem u 7letniej dziewczynki, leczonej w królewieckiej klinice chorób wewnętrznych z powodu krwotocznego zapalenia nerek. Dziecko posiada ciemną cerę, włosy barwy ciemnobrunatnej, obie tęczówki szaro-zielonawej barwy. Zmiana dotyczy oka lewego, okazującego zez zbieżny i znaczny stopień krótkiego wzroku (15 D). Bystrość wzroku znacznie upośledzona: palce na 1,5 m. Wziernik wykazuje przedewszystkiem typowe włókna rdzenne, otaczające szeroko tarcz nerwu wzrokowego. Naczynia, tak żyły, jak i tętnice, gubią się tu i ówdzie wśród tych białych włókien nerwowych. Na samej tarczy uderza w samym środku w miejscu fizyologicznego zagłębienia — plama kształtu skośnie owalnego barwy ciemno-brunatnej, prawie czarnej, a na tle tego zabarwienia rysują się dość wyraźne prawidłowe żyły i tętnice. Barwik ten w środku tarczy nagromadzony okazuje wyraźnie prążkowany, promienisty układ. Od brzegu tarczy oddziela ciemną plamę pas białawej tkanki, sam zaś brzeg jest skąpo i blado zabarwiony. Naczynia w obrębie ciemnej plamy środkowej widzialne kończą się ostro na jej brzegu i giną pod białym pasem, otaczającym tę plamę i stanowiącym obwód tarczy, a wynurzają się dopiero gdzieniegdzie wśród włókien rdzennych, tarczę okalających. Nawiązując do przypadku tego, przytacza autor 6 podobnych spostrzeżeń, opisanych dotychczas w literaturze, — najciekawszy Forstera, bo dotyczący 18letniej albinoski. W przypadku tym czarne zabarwienie tarczy było jedyną dostrzegalną kępą barwika w ustroju. Wspólną cechę wszystkich tych przypadków stanowi wrodzone ciemne zabarwienie samego środka tarczy w miejscu, odpowiadającem fizyologicznemu zagłębieniu, które w prawidłowym stanie bywa zazwyczaj najjaśniej zabarwione, najczęściej całkiem białe. Powstanie tego zboczenia odnosi autor do bardzo wczesnego okresu rozwoju płodowego. Już u 7tygodniowych płodów, u których właściwe włókna nerwu wzrokowego nie są jeszcze wytworzone, wykazał on smugi barwika, od barwikowej warstwy gałki ocznej ku zawiązkowi nerwu wzrokowego sterczące. Jest zatem prawdopodobnem, że wyżej opisana zmiana barwikowa polega na przetrwaniu tego w płodowym rozwoju nadmiernie obficie wytworzonego barwika. —

Dr K. W. Majewski.

Teorye akomodacyi (Les theories de l'accomodation). Dr M. Uribe-Troncoso z Meksyku (Annales d'Oculistique, 1900, III).

W r. 1894 ogłosił Tscherning wyniki swoich doświadczeń, na podstawie których postawił teoryę, że przednia powierzchnia

soczewki przybiera podczas akomodacyi postać stożkowatą (lenticonus anterior). Tę zmianę postaci tłómaczy Tscherning napięciem więzadełka Zinna i obecnością niepodatnego jądra wśród miękkiej kory. Jądro to przez usunięcie się warstwy korowej ku równikowym częściom sprawia owo wypuklenie środka przedniej powierzchni soczewki przy równoczesnem spłaszczeniu części obwodowych [1]). Dr Uribe-Troncoso zwraca uwagę, że już w roku 1881 profesor fizyologii w Meksyku Dr Carmona y Valle postawił teoryę akomodacyi, zbliżoną do teoryi Tscherninga, a różną zasadniczo od teoryi Helmholtza. Teorya jego nie dostała się jednak do literatury światowej i pozostała nieznaną poza granicami Meksyku. Dr Carmona opiera swą teoryę również na różnicy, jaka istnieje między zbitością kory i jądra soczewki. Przypuszcza on jednak, że przez skurcz okrężnych włókien mięśnia rzęskowego soczewka za pośrednictwem przednich włókienek więzadełka Zinna zostaje na całym równiku uciśniętą tak, że podatna kora, usuwając się przed tem ciśnieniem, gromadzi się w środku źrenicy pod torebką przednią i zwiększa w ten sposób krzywiznę i łamliwość przedniej powierzchni soczewki. Dr Carmona przyjmuje, że soczewka w chwili akomodacyi posuwa się cokolwiek ku przodowi, przez co wypycha brzeg źreniczny tęczówki i zmniejsza głębokość przedniej komory. Tscherning, jak wiadomo, w doświadczeniach swych nie mógł tego ruchu soczewki wykazać. —

W dalszym ciągu swej pracy zajmuje się Dr Uribe-Troncoso sprawą opadania soczewki przy wysiłku akomodacyi. — Wanscher, Hess i Heine wykazali, że przy różnych położeniach głowy soczewka w chwili akomodacyi wykonywa ruch zawsze w kierunku pionowym ku dołowi, że zatem widocznie ulega w tych warunkach sile ciężkości. Zwolennicy teoryi Helmholtza wyzyskują ten fakt na jej korzyść, twierdząc, że właśnie zwolnienie więzadełka Zinna pozwala soczewce opuścić się własnym ciężarem ku dołowi. Coccius ogłosił spostrzeżenia swe. odnoszące się do przypadku, w którym wykonał szeroką irydektomię dobrzeżną. Miał on sposobność przekonać się, że odległość brzegu soczewki od wyrostków rzęskowych jest tem większa, im większy jest wysiłek akomodacyi. Inni, jak Hjort i Hocquard, doszli do odmiennych wyników, stwierdzili mianowicie, że odstęp ten podczas akomodacyi nie ulega żadnej zmianie, co jednak musiałoby być następstwem owego opadania soczewki, stwierdzonego zapomocą katoptrycznych obrazków. Otóż Dr Uribe-Troncoso utrzymuje, że ruch tych obrazków lepiej daje się wytłómaczyć w myśl teoryi Carmony: zdaniem

[1]) Por. »Postęp Okulistyczny«. R. 1899, str. 38.

jego nie soczewka w całości, lecz tylko gęsto-płynna jej warstwa korowa *(de consistance gommeuse)*, nagromadzona pod przednią torebką, obsuwa się podczas akomodacyi pod wpływem siły ciężkości ku dołowi. — *Dr K. W. Majewski.*

Hydrostatyka oczna (L'hydrostatique oculaire). Nicati. (Archives d'Ophthalmologie. Luty).

Po krótkim opisie sposobów badania napięcia gałki ocznej (manometrya, palpacya i sklerometrya) przyrządami Drów Maklakoffa, Hammera i in.) opisuje swój sklerometr wraz z podaniem rysunków tego przyrządu, którego działanie polega na wzajemnej *(reciproque)* deformacyi gałki i kalibrowanej sprężyny przyrządu. Badając tym przyrządem napięcie, dochodzi N. do różnych wniosków: mianowicie, że ani atropina, ani kokaina, ani pilokarpina i nikotyna nie zmieniają namacalnie napięcia gałki prawidłowej. Doświadczenia nad różnicą napięcia w komorze przedniej i w ciele szklistem wykazały to, co wykazali manometrami Adamueck, Bellarminow, Hamburger i inni, to jest, że nie ma różnicy żadnej między napięciem przedniego a tylnego odcinka gałki.

Nie zmienia się również napięcie gałki po 25 roku życia; twierdzenie bowiem utrzymywało się, że oko w miarę dochodzenia do późnego wieku twardnieje, jak ścięgna. Tymczasem badania przemawiają przeciw temu: owszem ucisk śródoczny rośnie od urodzenia aż do dojrzałości i potem się nie zmienia. Nie jest zatem zależny od wieku.

Chociaż jest niższem od parcia krwi w naczyniach włosowatych, to mimo to napięcie śródgałkowe stoi w pewnym stosunku zależności do parcia naczyń. Podwiązanie carotis sprawia znaczne obniżenie parcia śródgałkowego po tejże samej stronie; po stronie przeciwnej napięcie gałki się po tym zabiegu nie zmienia. Podrażnienie nervi pneumogastrici, przecięcie rdzenia przedłużonego obniżają parcie w carotis, i równocześnie można stwierdzić obniżenie napięcia gałki. Ten sam skutek wywołują toksyczne dawki opium, chininy, digitaliny i t. p.; również po śmierci ucisk śródoczny opada, ale do zera dochodzi dopiero po kilku godzinach po śmierci. Podwiązanie aortae descendentis, podrażnienie rdzenia przedłużonego, drażnienie nerwów czuciowych podnosi parcie naczyń i podnosi napięcie gałki. W ten sam sposób wpływ wywiera na oko podwiązanie i v. vorticosae, szczególniej to ostatnie w wysokim stopniu. Oddechy nie są bez wpływu, tętno również; szczególnie przy otwartej komórce przedniej da się to stwierdzić (Weber, Leber, Adamueck, Hippel).

Wszystkie te wahania potwierdza sklerometrya Nicatego tak na człowieku, jak i u zwierząt.

Napięcie śródgałkowe należy uważać za barometr parcia śródnaczyniowego naczyń włosowatych, a że u dużych zwierząt parcie w naczyniach jest większe, niż u małych, zatem zrozumiałem jest, że i napięcie w pierwszym przypadku jest wyższe, niż w drugim. Ponieważ parcie wśródnaczyniowe zwiększa się przy wzroście parcia atmosfery, więc i oko więcej wtedy jest napięte. Stwierdził to N. u ludzi, pracujących w dzwonach nurkowych w porcie Marsylii. To też N. nie waha się powiedzieć, że parcie oka jest miarą parcia naczyń włosowatych i jest proporcyonalne do parcia w tętnicach, dalej zauważyć można wyraźny stosunek między parciem śródocznem a objętością ciała osobnika badanego, przyczem także znaczny wpływ na oscylacyę parcia śródgałkowego wywiera ciśnienie atmosferyczne. Że zaś nie widać w środku gałki w warunkach prawidłowych tętna, to polega tylko na kompensacyjnych zmianach ścian oka; że ściany gałki mogą się kontrahować, dowód w tem, iż po wyjęciu gałki oko twardnieje, oraz, że twardnieje wskutek faradyzacyi oko wyjęte; jest zatem wyraźnie kurczliwe; a mięśnia *constrictor bulbi* należy szukać w naczyniówce; czynność mięśnia tego jest czysto odruchowa. Nerwy III, IV i VI para nie wpływają wcale na T., bo nie znaleziono nigdy zmian napięcia przy kompletnem porażeniu mięśni zewnętrznych oka — jak również i atropina, porażając mięśnie wewnętrzne oka, parcia śródgałkowego nie zmienia. Drażnienie nerwu trójdzielnego podnosi parcie śródgałkowe — ale przez podnoszenie parcia w naczyniach; przecięcie tegoż nerwu daje wprawdzie krótkotrwające podniesienie się t., ale za to następuje potem hypotonia.

Narkoza chloroformowa, znosząc funkcyę nerwów czulnych, znosi tym sposopem ewentualny wpływ na parcie śródnaczyniowe, a tem samem nie zmienia nic a nic parcia śródgałkowego.

Przecięcie n. sympatici wywołuje szybkie podniesienie się t., ale w późniejszym okresie oko mięknie, co polega na stałem obniżeniu parcia śródnaczyniowego przez porażenie naczyń. Bez skutku są wyniki drażnienia gangl. ciliar. (Housen, Voelkers, Adamueck).

Zatem jedynie w oku samem znaleść można centrum regulacyjne parcia śródgałkowego. Mueller opisał cały szereg komórek nerwowych w naczyniówce jako plexus chorioid. superficialis i profundus, który to plexus Nicati pragnie nazwać *ganglion chorioideae Muelleri.*

Włókna tych komórek nerwowych gubią się jużto w ścianach naczyń, jużto w włóknach mięsnych gładkich i one to są tem centrum nerwowem, które, podrażnione przez zmiany w parciu krwi, dają impuls do skurczów *constrictoris bulbi.* To też zapomocą sfi-

gmografu wykazać można, że temu parciu wśród naczyń odpowiada słaby ucisk śródgałkowy. Że zaś u ludzi z wadą serca i wysokiem parciem w tętnicach napięcie oka jest prawidłowe, to nic dziwnego, bo owo wysokie parcie tętnic dużych jest tylko objawem kompensacyi, li tylko, by w naczyniach włosowatych utrzymać napięcie prawidłowe, a tem samem i w oku. To też spadek nagły t. w tych razach idzie w parze z objawami inkompensaty serca.

Wszystkie stany, gdzie parcie śródgałkowe i parcie krwi są w oku w niestosunku, są patologiczne i one to są ową hyper- lub hypotonią, dla których N. chce nazwy: »spasmus, insufficientia i paralysis chorioideae«.

Ze »spamus« spotykamy się czasem po operacyi katarakty, podczas operacyi wypada ciało szkliste w cięższych razach, lub występuje ból w oku, podobny do kolki wątrobowej w łżejszych.

Pod nazwą »accès glaucomateux spasmodique« znany jest cały szereg objawów napadu jaskry: a jego podstawowym objawem jest twardość zwiększona oka, podczas gdy oko drugie często okazuje napięcie niskie, zatem całe to cierpienie nie polega na twardości gałki, ale na niestosunku równowagi między uciskiem śródgałkowym a parciem naczyń włosowatych. »I miękkie oko może być jaskrowem, jeśli parcie we włośnicach jest małe«. Twardość oka nie jest ilością określoną, bezwzględną, ale względną (ze względu na parcie w naczyniach). Konstatowano różnicę między napięciem w komórce przedniej i w ciele szklistem na korzyść tegoż, co tłómaczy wypadnięcie soczewki i tęczówki ku przodowi. Ból w jaskrze jest podobny do różnych kolek (wątroby, nerki), zatem podobny do bólu, występującego przy skurczu mięśni gładkich, i jest istotną k o l k ą n a c z y n i ó w k i. Tak jak akomodacyi towarzyszy skurcz źrenicy, tak rozszerzenie tejże idzie w parze ze skurczem naczyniówki. Ta mydriaza, rozkurcz oftalmotoniczny jest objawem, spostrzeganym w każdym silnym bólu, zatrzymaniu oddychania, spraw których następstwem jest zwiększenie parcia tętnic, a tem samem i parcia w gałce ocznej. Gdy oko twardnie bez objawów innych, to mamy do czynienia z glaucoma simplex; to polega na braku odruchu naczyniówkowego, na niedomodze tejże. Do tej samej przyczyny odnosi N. glaucoma haemorrhagicum jako wyższy stopień niedomogi naczyniówki, zaś najwyższy stopień niedomogi ma wywoływać wysięki surowicze podsiatkówkowe i oderwanie siatkówki.

Wreszcie miękkość gałki zupełna jako następstwo zejścia jaskry i oderwanie siatkówki (phthisis) jest następstwem zupełnego porażenia naczyniówki. Tożsamo tamże odnieść należy powolne

dystrofie po choroiditis lub uveitis. Miękkość oka jest złym znakiem, bo wskazuje na duże zmiany w naczyniówce. —

(Praca duża, której szczegóły nie dadzą się dobrze streścić. Ref.). *Dr Brudzewski.*

Jeszcze o roztworach oliwnych (Encore les collyres huileux). Scrini (Archiv d'Ophthalmologie. Luty. 1900).

Nie jest tak dalece pracą oryginalną, ale raczej drobną polemiką z Valude, wobec którego S. stara się dowieść, że rozczyny oliwne myotyków i mydryatyków są lepsze, niż wodne, szczególniej, że colyrium oliwne ezeryny mniej drażni, niż wodne, i powołuje się na większą publikacyę, wydaną o tym przedmiocie przed rokiem.

Dr Brudzewski.

O możliwości oglądania zapomocą wziernika okolicy ora serrata i wyrostków rzęskowych (Ueber die ophthalmoskopische Sichtbarkeit der Ora serrata und der Processus ciliares). Dr M. Reimar z Brunświku (Archiv f. Augenheilkunde. 1900. T. XLI. Z. I).

Według badań Groenouwa widzialność obwodowych części dna oka nie zależy bynajmniej od krzywizny rogówki, a przednia granica dostrzegalnego wziernikiem obwodu siatkówki posuwa się tem dalej, im soczewka leży bliżej rogówki, czyli im płytszą jest przednia komora. Przy braku soczewki rozległość wziernikowego pola widzenia zależy jedynie i to, rozumie się, w prostym stosunku od wielkości źrenicy. Jeżeli tęczówki nie ma zupełnie *(aniridia)* lub na pewnej przestrzeni dobrzeźnie jest wyciętą, wtedy można wziernikiem dotrzeć bardzo obwodowo. Autorowi udało się w kilku podobnych przypadkach dostrzedz *ora serrata,* a nawet wyrostki rzęskowe. Dodaje też do swej pracy kolorową tablicę, która przedstawia obraz tych niedostępnych zazwyczaj dla wziernika okolic dna oka. Naczyniówka w tych miejscach bywa bledszą, bo uboższą jest tu i w naczynia i w barwik. Naczynia jej układają się w równoległe wiązki, przebiegające w kierunku południków. Ora serrata przedstawia się jako ciemny, a wąski pas barwikowy, którego przednia granica ma kształt szeregu arkad regularnych, wypukłością ku tyłowi zwróconych, a porozdzielanych ciemnemi, barwikowemi wypustkami. Srebrzysto-szary połysk, tej okolicy właściwy, przypisuje autor początkom więzadełka Zinna. Od *ora serrata* jeszcze bardziej obwodowo widzimy blado-różową naczyniówkę z promienisto w południkowym kierunku rozciągniętemi naczyniami. Jeszcze dalej, już niejako u stóp ciała rzęskowego spotykamy się z nowym wieńcem barwikowym. Nareszcie ukazują się same wyrostki rzęskowe, które w podobnych przypadkach daleko łatwiej jest oglądać w świe-

tle przepuszczonem jako czarne sylwetki na tle czerwonego dna oka. W świetle odbitem przedstawiały się one autorowi jako duże wyniosłości, dające bardzo znaczne paralaktyczne wychylenia i okazywały jasno-czerwoną barwę ze stalowo-szarym połyskiem. —

Tak obwodowo położone części udawało się Drowi Reimarowi oglądać w obrazie odwrotnym tylko w oczach, pozbawionych soczewki, a zatem najczęściej po operacyi zaćmy, połączonej z możliwie dobrzeżną irydektomią. Nakoniec zwraca autor uwagę na okoliczność, że, jeżeli w zwyczajnych warunkach zaledwie do *ora serrata* dosięgnąć możemy, to i przedmioty świata zewnętrznego na bardziej obwodowych częściach dna oka także dyoptrycznych obrazków wytwarzać nie mogą, co byłoby zresztą zupełnie zbytecznem, bo *ora serrata* stanowi obwodową granicę, poza którą nie ma już wrażliwych na światło pierwocin siatkówki. —

Dr K. W. Majewski.

Iridochorioiditis insidiosa; etyologia, rozpoznanie i leczenie (Iridochoroidite insidieuse; étiologie, diagnostic et traitement). Prof. Dr Panas (Semaine Médicale, 1900, 13).

Za treść jednego z wykładów swoich w klinice okulistycznej w *Hôtel Dieu* obrał prof. Panas sprawę etyologii, rozpoznania i leczenia zapalenia przewlekłego jagodówki, któremu nadaje nazwę *„choroidite insidieuse“*. Zwraca on uwagę na przypadki, w których chorzy zgłaszają się do nas z zarośniętą już częstokroć źrenicą, a, wypytywani, nie mogą przypomnieć sobie, żeby kiedykolwiek doznawali bólów, łzawienia, światłowstrętu i innych objawów zapalnych, lub nawet, żeby zauważyli choć raz jeden zaczerwienienie oka. Jedyna rzecz, na którą się skarżą, to stopniowe pogarszanie się wzroku. Hutchinson nazywa takie zapalenie *„quiet iritis“* (iritis tranquilla).

Prof. Panas opisuje trzy przypadki, które w ostatnich czasach spostrzegał, a w których za niewątpliwe tło cierpienia uważa gruźlicę, a raczej »gruźlicze usposobienie«. Wszelkie inne skazy ogólne zdołał w przypadkach tych wykluczyć, a wywiady wykazywały natomiast obciążenie dziedziczne w kierunku gruźlicy. U samych jednak chorych w mowie będących wyraźnych objawów gruźliczych nie było, za usposobieniem zaś gruźliczem przemawiały prócz obciążenia dziedzicznego jedynie niedokrewność i wejrzenie skrofuliczne. Prof. Panas wyraża przekonanie, że w wielu podobnych przypadkach, gdzie napróżno szukano objawów wrodzonej lub nabytej kiły, rzeczywiste tło choroby stanowiła gruźlica i tego rodzaju schorzenia analogicznie do parasyfilitycznych objawów Fourniera zalicza do gromady schorzeń paratuberkulicznych. —

Jako leczenie poleca pobyt w górach lub u morza, zimne

wycierania, mięsienie całego ciała i obfite pożywienie, zwłaszcza dużo mleka. Ze środków leczniczych poleca szczególnie jodoform, który podaje na wewnątrz w proszkach stosownie do wieku po 0,15 do 0,30 gr. na dawkę, dwa proszki dziennie. Dla usunięcia nieprzyjemnej woni mięsza jodoform z proszkiem kawy. Prócz tego zachwala codziennie zastrzykiwania miąższowe dwujodku rtęci w małych ilościach (po 4 mlgr.). Co do miejscowego leczenia, przeprowadza je Panas wedle ogólnie przyjętych zasad, a zatem stosuje głównie mydriatica i ciepłe okłady. — *Dr K. W. Majewski.*

Syndrom Benedikta (Le syndrome de Benedikt). Prof. Dr Gilles de la Tourette i Dr Jan Charcot. (Semaine Médicale, 1900, Nr 16).

W obszernej tej pracy omawiają autorowie pewną postać ogniskowego porażenia mózgowego, na którą zwrócił po raz pierwszy uwagę prof. Maurycy Benedikt z Wiednia w r. 1889, opierając się na trzech spostrzeżeniach klinicznych, z których w jednem przyszło do oględzin pośmiertnych. W ogólnych zarysach postać ta przedstawia się jako porażenie nerwu okoruchowego, połączone ze skrzyżowanem porażeniem przeciwnej połowy ciała i z drżeniem części porażonych. W jednym z przypadków Benedikta przyszło z początku do porażenia nerwu okoruchowego po stronie prawej z równoczesnem porażeniem lewej połowy ciała i wybitnymi ruchami drgawkowymi lewego porażonego ramienia. Po pewnym zaś czasie porażenie uzupełniło się w ten sposób, że wystąpiła *ptosis* i zez rozbieżny na oku lewem, a równocześnie powstał niedowład prawej połowy ciała. Spostrzeżenie to liczy Benedikt dlatego nie bez słuszności za dwa spostrzeżenia. W innym przypadku Benedikta przyszło do sekcyi, która wykazała ognisko gruźlicze wielkości gołębiego jaja, zajmujące dolną powierzchnię prawego *pedunculus cerebri* i niszczące tuż okok położony wspólny pień prawego nerwu okoruchowego. — W r. 1893 prof. Charcot w jednym ze swych wykładów, przedstawiając uczniom swym chorego, okazującego wyżej opisany zbiór objawów, nazwał tę postać porażenia syndromem Benedikta, który od znanego już dawniej i o wiele częściej zdarzającego się syndromu Webera różni się tylko drżeniem części porażonych. Autorowie omawianej pracy dodają do trzech spostrzeżeń Benedikta i jednego spostrzeżenia Charcota dwa własne bardzo szczegółowo badane przypadki i ze względu, że w dostępnej im literaturze więcej podobnych opisów nie znaleźli, podnoszą rzadkość tej odmiany porażenia. Pierwsze z ich spostrzeżeń odnosi się do 39letniego Murzyna z Martyniki, dotkniętego od lat 16 prawostronnem porażeniem połowiczem, połączonem z ruchami ateto-

tycznymi w zakresie porażonych części. Lewe oko chorego okazuje zupełne porażenie wszystkich mięśni, które zaopatruje nerw okoruchowy, nie wyłączając zwieracza źrenicy i mięśnia rzęskowego. — Drugi przypadek odnosi się do 20letniego dziewczęcia, jest równie wybitny i typowy, a różni się od poprzedniego tylko odwrotnym rozkładem porażenia. U chorej tej porażenie wystąpiło w 9 miesiącu życia. —

Jakkolwiek w przypadkach swych autorowie nie mieli sposobności dokonać pośmiertnego rozbioru zwłok, to jednak z całą stanowczością umiejscawiają ogniskową zmianę w mózgu w jednym z *pedunculi cerebri*, czemu przypisują połowicze, skrzyżowane porażenie i mimowolne ruchy drgawkowe, — a bliskiem sąsiedztwem pnia nerwu okoruchowego tłómaczą wystąpienie porażennych objawów na oku tej samej strony. Samo się przez się rozumie, że syndrom Benedikta wystąpi w każdym przypadku tak umiejscowionej ogniskowej zmiany, bez względu na to, czy to będzie kilak, czy ognisko gruźlicze, nowotwór złośliwy, czy krwotok. Od natury ogniska zależy jedynie przebieg cierpienia, a tem samem rokowanie i leczenie. — *Dr K. W. Majewski.*

Operacya wrodzonego opadnięcia powieki, podana przez Motais (Traitement du ptosis congénital par le procédé de Motais). Prof. Dr Dianoux (Annales d'Oculistique, 1900, III).

Prof. Dianoux opisuje w pracy tej przypadek, w którym zastosował z powodzeniem sposób operacyi, podany przez Motais. Jest on zdania, że mięsień czołowy niezbyt się nadaje do roli zastępczej przy wrodzonym braku lub niedowładzie mięśnia unoszącego górną powiekę. Motais podał operacyę, zapomocą której czynność unoszenia górnej powieki powierzamy mięśniowi prostemu górnemu. W przypadku swym, odnoszącym się do 23letniej służącej, dotkniętej obustronnem wrodzonem opadnięciem powieki górnej, wykonał prof. Dianoux operacyę w sposób następujący: W narkozie chloroformowej przeciął skórę powieki górnej na płytce Jaegera równolegle do brzegu i wyciął kawałek mięśnia obrączkowego, ażeby obnażyć chrząstkę. Następnie zrobił w chrząstce otwór poziomy postaci wrzecionowatej. Po założeniu rozwórki, odsłonił w zwyczajny sposób mięsień prosty górny i podłożywszy pod ścięgno jego hak tenotomijny, przeciął to ścięgno częściowo, poczem zapomocą dwóch cięć podłużnych wykroił z brzuśca mięśnia języczek wąski a długi i przez jego koniec przewlókł nitkę, uzbrojoną w igiełki na obydwu końcach. Zapomocą nitki tej przeciągnął języczek mięsny przez otwór, zrobiony w górnym załamku spojówki, jakoteż przez otwór, wycięty w chrząstce, poczem, prowadząc obie

igły po kolei między chrząstką a mięśniem obrączkowym, wykłuł je tuż ponad dolnym brzegiem powieki górnej i związał nitki na wałeczku z waty. Jakkolwiek na jednem oku przyszło z przyczyn ubocznych do powstania wrzodu rogówkowego, który spowodował znaczne upośledzenie wzroku, to jednak okoliczność ta w niczem nie uwłacza dobroci metody, bo wynik kosmetyczny, jakoteż czynnościowy nie tylko bezpośrednio po operacyi był zadawalniający, ale jeszcze po upływie pół roku bynajmniej się nie zmniejszył. Autor zachęca bardzo do używania tego sposobu i zapewnia, że osłabienie mięśnia górnego prostego nie przyczyni się do upośledzenia ruchomości gałki ku górze (czego tem bardziej możnaby się obawiać ze względu, że przy wrodzonem opadnięciu górnej powieki bardzo często nie tylko *levator palpebrae superioris*, ale i właśnie *musculus rectus superior* bywa niedowładnym; przyp. ref.). Dla oznaczenia stopnia ptosis i ocenienia wydatności zabiegu operacyjnego poleca autor wraz z Drem Mittry użycie perimetru, mianowicie oznaczenie w stopniach położenia najwyższego punktu, jaki chory widzieć jeszcze może na pionowo ustawionym łuku przyrządu. W przypadku swym znalazł on przed operacyą punkt ten 3—4° poniżej 0, po operacyi zaś 35 do 40° powyżej zera. —

Dr K. W. Majewski.

O sztucznych plamach rogówki. Dr K. Zujew (Wojenno-medicinskij Żurnał, zeszyt styczniowy, 1900).

W pismach lekarskich polskich już niejednokrotnie potrącano tę sprawę, ja sam pisałem w »Gaz. Lek.« (1881 r. Nr 7) o uszkodzeniach prawego oka u popisowych, a na zjeździe lekarzy w Pradze (1882 r.) czytałem rozprawę o uszkodzeniu prawej rogówki pijawkami u starozakonnych, stających do popisu (p. Pam. Tow. lek. warsz. 111, 1882). W literaturze wojskowo-oftalm. rosyjskiej sprawa uszkodzeń prawej rogówki jest na porządku dziennym. — Praktykują je *larga manu* starozakonni, i to prawie tylko na prawej rogówce, ponieważ prawe oko głównie zwalnia od służby. Obszerną rozprawkę temu przedmiotowi poświęcił Dr Z., który niemało spostrzegał sztucznych plam u Izraelitów popisowych w Mitawie i w Mińsku litewskim. Nie robią plam czarnych, bo trudno je zauważyć, nie zabarwiają też czerwono ani błękitnie, bo jasne dowodziłyby naśladowania; robią plamy ciemno-brunatnemi zapomocą ugru, którym nie robią tatuażu lecz go wstrzykują zapomocą sikawki Pravaz'a w miąższ rogówki, poczynając od jej obwodu, jak to udowadnia rycina, na której od limbus conj. do okolicy źrenicznej widzialny był żółty kanał. Plamy te niezawsze bywają pojedyncze, czasami bywa ich po kilka, jak to Dr Z. odrysował na figurze 3. Sztuczne plamy rogówki nie tylko naśladowane bywają u popiso-

wych ze zdrowemi oczami, lecz nawet przy nieprawidłowościach refrakcyjnych, żeby powiększyć obniżenie bystrości wzroku. Swoje wyniki autor popiera kilkoma badaniami popisowych w ocznych oddziałach szpitala. Opierając się na twierdzeniu Froelich'a, autor wspomina, że sztuczne barwienie rogówek u popisowych praktykowanem bywa nie tylko w Rosyi i Królestwie Polskiem, ale także w Galicyi, szczególnie w okręgach zaleszczyckim i czortkowskim.

Dr J. T.

III. LECZNICTWO.

16. **Podspojówkowe zastrzykiwania oliwnych rozczynów dwujodku rtęci** poleca Rollet przy zakaźnych zapaleniach tęczówki i rogówki. Zastrzykuje on rozczyn 4:1000 $^1/_4$ sikawki Pravaza, a zatem 1 mm. rtęci. (Lyon med. 5 fevrier. 1899).

17. **Dyonina** w okulistyce. Na podstawie 200 przypadków podaje A. Graefe z Berlina wyniki swych doświadczeń, zrobionych z tym środkiem jako lymfagogon. Srodek ten, indywidualnie prędzej lub wolniej działający, sprowadza wogóle silny zastój żylny w postaci zaczerwienienia spojówki i nabrzmienia, które po kilku minutach ustępuje, gdy w innych razach wzmaga się do tego stopnia, że powiek otworzyć nie podobna. Chemosis trwa pół godziny, ale czasem aż do 24 godzin, łatwo natomiast następuje przyzwyczajenie. W wielu razach występowało długo trwające kichanie. Środek ten bywał zastosowywany już to jako proszek, już też w rozczynach 10—20%. Wyniki swe zestawia G. w następującem orzeczeniu.

Dyonina korzystnie działa w następujących zachorzeniach:

1. W starych zapaleniach rogówkowych z wykluczeniem jaglicowego.
2. W przewlekłych lub suchych nieżytach spojówkowych.
3. W zapaleniach tęczówki i tęczówko-rzęskowych.
4. W zaćmieniach ciała szklistego.
5. Może i przy zapaleniach naczyniówko-siatkówkowych.

(Deutsche med. Wochenschrift. 1900. Nr 12).

18. **Sapodermin.** Pod tą nazwą wyrabia fabryka chemiczna rad. Pfersee (pod Augsburgiem) mydło, zawierające 2% rtęci. Mydło to, według doświadczeń Dra Sacka, ma być znakomitym środkiem przeciw rozmaitym sprawom zapalnym skóry pochodzenia bakteryjnego lub pleśniowego (Acne, impetigo coccogenes, sycosis barbae, furunculosis, trichophytis, eczema mycoticum). Najlepiej mydło to skutkowało, gdy gęstemi burzowinami miejsca chore pokryto. Po zeschnięciu mydło tworzyło błonę ochronną, leczącą. Znakomicie usuwać ma mydło to wszelkie zajęcia skóry syfilityczne. (Therap. Monatsschrift. 1900. Nr 3).

19. Nerwicę nadoczodołową leczy Peters, podając sporysz z chininą, w następującej postaci:

Rp. Secalis cornuti 1.0, Chinini muriat. 2.0, ferri sulf. 5.0, Extr. Gent. q. s. ut f. pil. N. 100 DS. 3 razy dziennie po 2 pigułki. — (Deutsche Praxis. 1900. Nr 8).

20. Anticeltyna, połączenie rtęci z mocznikiem. Doświadczenia tym środkiem robił Morgano do podspojówkowych zastrzykiwań przy rozmaitych sprawach zakaźnych gałki ocznej, tam, gdzie był wskazany sublimat. Pół sikawki rozczynu 1:1000 u królika nie wywołało żadnych zapalnych objawów. U człowieka rozczyn pół tak silny, zastrzyknięty w ilości pół sikawki, dobrze działał.

Połączenie to ma przed sublimatem te posiadać zalety, że nie wywołuje bólu ani zapalenia i że nie pozostawia w tkance żadnego chemicznego lub mechanicznego podrażnienia. Doświadczenia atoli autora nie są dość liczne, by można dziś już jakiekolwiek wysnuwać z nich wnioski. — (Rasegna internationale della Medicina Moderna. 1900, a także The ophthal. Review. London. May. 1900). *W.*

IV. ROZMAITOŚCI.

Srebrzyca spojówki, wywołana protargolem.

Dr Pergens z Brukseli zamieszcza w »Klin. Monatsblaetter f. Augenheilk.« (kwiecień 1900) krótką wzmiankę o całym szeregu przypadków, w których spostrzegał wybitną srebrzycę spojówki po dłuższem stosowaniu słabych (2%) rozczynów protargolu. Za przyczynę tego ujemnego działania cennego zresztą środka uważa on tę okoliczność, że protargol nie wywołuje żadnego silniejszego odczynu ze strony spojówki. Chory, nie doznając po zapuszczeniu protargolu żadnych dolegliwości, uważa lek ten za zupełnie niewinną wodę oczną i nadużywa jej niejednokrotnie, wymywając nią sobie oczy zupełnie tak, jak wodą borową. Ten brak zadrażnienia, zdaniem Dra Pergensa, sprawia, że protargol łatwiej wywołuje srebrzycę niż azotan srebrowy w równych ilościach i równie często do oka wkraplany, ten ostatni bowiem, wywołując silne łzawienie, ulega przez to samo natychmiastowemu rozcieńczeniu, a równocześnie chemicznemu zobojętnieniu działaniem soli, we łzach zawartej. — Wreszcie azotan srebrowy, strącając białko, sam sobie zagradza drogę do głębszych warstw spojówki. Dla protargolu wszystkie te czynniki nie istnieją i dlatego to on, zdaniem Dra Pergensa, tak łatwo czerni spojówkę. — *K. W. M.*

Błona śluzowa pochwy jako materyał do pokrycia braków spojówki.

Dr Gallemaerts podaje opis przypadku całkowitego przyrośnięcia powiek do gałki, gdzie po oddzieleniu powiek udało mu się przeszczepić celem wytworzenia załamków błonę śluzową pochwy, wziętą od pewnej, równocześnie operowanej kobiety, gdyż jego chory był mężczyzną. Błony śluzowej pochwy dostarczył mu kolega gynekolog, który u owej kobiety wykonał był kolporafię. Ponieważ błona śluzowa była za grubą, ażeby mogła być wprost użytą, przeto zcięto z niej warstwę powierzchowną na podobieństwo płatków Thierscha i włożono je tymczasowo do letniego fizyologicznego rozczynu soli. Po ułożeniu kawałków we właściwem miejscu, przyszyto je do rąbka spojówki, jaka pozostała jeszcze dookoła rogówki, do brzegu powiek i w załamkach. Tak utworzono z jednego płatka górny, a z innego dolny załamek. Przeszczepiona błona śluzowa przyjęła się zupełnie dobrze i chory mógł następnie nosić na oślepłej gałce oko sztuczne. (Według »Annales d'Oculistique«, 1900, IV).

Przy sposobności możemy nadmienić, że Dr Kozłowski w Kijowie do plastyki powiekowej, gdy chodzi o pokrycie ubytku w skórze, używa oddawna z dobrym skutkiem skóry napletka *(praeputium)*. (Przyp. ref.). *K. W. M.*

Wpływ widzenia jednoocznego na malarstwo. Dr Fenoaltea wykazał różnicę, objawiającą się pomiędzy rysunkami, które wykonał artysta najprzód mając otwarte oba oczy, a potem przy zamkniętem jednem oku. Z porównania tego wnioskuje F. to, co już dawniej wykazywano, a mianowicie, że widzenie jednooczne, zwłaszcza u osobników, które jedno oko straciły w wieku już dojrzałym, wywołuje błędy w ocenianiu odległości przy rysunkach z natury i niedokładności w oddaniu półwypukłości. Oczywiście usterki te mogą zniknąć u malarzy na jedno oko ślepych po dłuższej artystycznej karyerze, jak to n. p. miało miejsce u d'Asaro i Guercino.

(Archivo di Ottalmologia anno V. vol. 5 fasc. 7).

Zaćmy przyjądrowe są następstwem wyłącznie krzywicy *(rhachitis)* według statystycznych badań Dra Baehra z kliniki Hirschberga w Berlinie. Na 153 przypadki bowiem zaćmy warstwowej stwierdzono znamiona krzywizny w 88, t. j. 75% przypadków, a mianowicie: 1. zmiany zębów 54, 4%, 2. kurcze w 40, 4%, 3. ogólną krzywicę w 36%. Ujemny wynik pod względem 1. i 2. był tylko w 14 6%, względnie 6,7%.

(D. Med. Wochenschrift. Nr 9. 1900).

Annee Ophthalmologique 1898—1900. Pod tym tytułem począł wydawać Dr Leprince z Bourges szczegółowy, w system ujęty przegląd całej literatury okulistycznej, jaka się w poszczególnych latach ukazała. Na razie daje taki przegląd literatury za ubiegłe dwa lata. Jest to więc naśladownictwo sprawozdań Nagla, bardzo cenne dla tych, którzy szybko chcą się rozpatrzyć w pojawach odpowiednich działów okulistycznych.

Wydawnictwo to wychodzi u znanej firmy A. Maloine w Paryżu. *W.*

Sprawozdanie kuratoryi carowej Maryi Aleksandrówny o ślepych za r. 1898.

Ruchomych okulistycznych oddziałów w ciągu roku urządzono w Rosyi 36, a stałych oftalmicznych punktów i lecznic, utrzymywanych z zasiłków kuratoryi, było 63. Własnych ocznych szpitali kuratorya posiada obecnie 10, w 6 szpitalach innych dekasteryi utrzymuje własne łóżka, a pozostałych 47 stałych ocznych punktów urządzonych jest przy ziemskich i wiejskich szpitalach.

Ruchome oddziały udzieliły porady 50,222 chorym, wykonano 17,092 operacyi. W stałych lecznicach i ambulatoryach przyjęto 40,835 chorych i wykonano 7,327 operacyi (wyd. zaćm 872, irydektomii 561).

Dr J. T.

Sekcya okulistyczna IX. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

W dalszym ciągu zgłoszono:

8—10. Dr Kazimierz Noiszewski: *a)* Przeszczepianie błony śluzowej ust pod powiekę, jako sposób doszczętnego leczenia jaglicy przewlekłej (z przedstawieniem sposobu operowania). *b)* O patologii jaglicy. *c)* Przedstawienie asymetrycznej oprawy dla okularów.

11. Dr Józef Talko (Lublin): *Meningokele orbitalis.*

12. Dr Bałłaban (Lwów): „Bardzo rzadka postać przybłonkowego torbiela spojówki gałki ocznej z okazaniem preparatów drobnowidowych, fotogramów i obrazów świetlnych zapomocą skioptikonu“.

Dodajemy, że temat do obrad, wybrany przez Dra Bednarskiego, brzmi: *Siderosis bulbi.* Spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne, z okazaniem preparatów reakcyi mikrochemicznej na żelazo.

Zgłoszenia dalsze przyjmuje Zarząd sekcyi okulistycznej Zjazdu.

sekretarz — *Dr K. W. Majewski.*
przewodniczący — *Prof. Dr Bol. Wicherkiewicz.*

XIII. miedzynarodowy zjazd lekarzy w Paryżu. (Od 2 do 9 sierpnia 1900).

Sekcya okulistyczna.

1. Skład wydziału sekcyi:
Prezes: Panas (Paryż).
Wiceprezes: Javal (Paryż), Gayet (Lyon).
Sekretarz główny: Parent (avenue de l'Opéra 26. Paryż).
Sekretarze zastępcy: Chevallereau (Paryż), Rochon-Duvigneaud (Paryż).
Członkowie: Abadie (Paryż), Badal (Bordeaux), Bruch (Algier), Chibret (Clermont), Dor (Lyon), Hocquard (Besançon), Jocqs (Paryż), Lagrange (Bordeaux), Landolt (Paryż), De Laperonne (Lille), Meyer (Paryż), Romer (Nancy), Terson (Paryż), Trousseau (Paryż), True (Montpellier).

2. Tematy referatów:
a) Neuritides n. optici pochodzenia zakaźnego i toksycznego. Sprawozdawcy: Nuel (Liege), Uhthoff (Wrocław).
b) Ośrodek korowy wzroku. Sprawozdawcy: Bernheimer (Wiedeń), Angelucci (Palermo), Henschen (Upsala).
c) Wartość enukleacyi w porównaniu z operacyami, podanemi celem jej zastąpienia. Sprawozdawcy: Snellen (Utrecht), Swanzy (Dublin), De Schweinitz (Filadelfia), Pflüger (Berno).
d) Obecny stan naszych wiadomości o mechanizmie akomodacyi. Sprawozdawca: Hess (Marburg).
e) Reforma zapisywania (wyrażania) bystrości wzroku. Sprawozdawca: Javal (Paryż).
f) Jaskra w oczach, operowanych na zaćmę. Sprawozdawca: B. Wicherkiewicz (Kraków).

Referaty te, wydrukowane *in extenso* w języku francuskim, zostaną zawczasu rozdzielone między kolegów, którzy się zgłoszą do udziału w zjeździe. Na posiedzeniach odczytane będą tylko krótkie ich streszczenia i ostateczne wnioski, poczem bezzwłocznie nastąpi dyskusya. — Kolegów, którzy mają zamiar wziąć udział w dyskusyi, uprasza się, aby już przed posiedzeniem ułożyli i napisali swe przemówienie, a na posiedzeniu takowe zechcieli odczytać, a to w celu nadania rozprawom jak największej jasności i zrozumiałości.

Jeśli który z kolegów zamierza za treść własnego odczytu obrać przedmiot, pozostający w związku z treścią któregokolwiek z wyżej wymienionych referatów, to powinien rzecz swą wygłosić podczas odnośnej dyskusyi, gdyż zjazd nie może tych samych przedmiotów dwukrotnie poruszać.

3. Odczyty.

Uprasza się kolegów o jak najwcześniejsze nadsyłanie tytułów odczytów, które zamierzają na zjeździe wygłosić. Te odczyty, których

rękopis *in extenso* zostanie przysłany sekretarzowi sekcyi przed 1 lipca, będą miały przed innymi pierwszeństwo. Uprasza się przytem w razie, jeśli odczyt nie ma być wygłoszony po francusku, dołączyć do rękopisu krótkie jego streszczenie o ile możności w dwóch językach: niemieckim i francuskim, lub angielskim i francuskim.

Ze względu na przypuszczalnie wielką liczbę odczytów, należy starać się rzecz przedstawić wedle możności krótko i zwięźle.

4. Sekretarze sekcyi streszczać będą dokładnie dyskusye, które to streszczenia nazajutrz po każdem posiedzeniu ukażą się w „Dzienniku Zjazdu".

5. Posiedzenia sekcyi okulistycznej będą się odbywać w Hôtel Dieu (place du Parvis-Notre-Dame).

6. Koledzy, pragnący wziąć udział w zjeździe, mają zwrócić się do swego komitetu narodowego[1]), załączając swą kartę wizytową i 25 fr., a rzeczą tego komitetu będzie załatwić potrzebne formalności i dostarczyć im karty udziałowej.

Za komitet sekcyi okulistycznej:

Sekretarz
Dr Parent.
Avenue de l'Opéra, Paris.

V. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Eversbusch z Erlangi powołanny został, na miejsce Rothmunda, do Mnichowy.

Prof. L. Guaita z Sienny został dyrektorem kliniki okulistycznej we Florencyi.

Doc. Dr Bernheimer z Wiednia mianowany profesorem okulistyki w Insbruku.

Dr Deschamps otrzymał polecenie wykładania okulistyki w szkole lekarskiej w Grenoble.

Prof. Hess z Marburga powołany został na profesora okulistyki w Wyrcburgu.

VI. KRONIKA ŻAŁOBNA.

P. Sgrosso, docent okulistyki w Neapolu, zmarł w następstwie influenzy.

[1]) Komitetu narodowego polskiego w Krakowie przewodniczącym jest prof. Wicherkiewicz, sekretarzem Dr A. Kwaśnicki (Basztowa, 4), skarbnikiem Doc. Dr Kryński (Franciszkańska, 1).

Do wiadomości PP. Współpracowników i Czytelników.

Przesyłki literackie uprasza się adresować do **redakcyi:** *Wolska, 11.*

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracya** (p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Zgoda, 4).

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych prac płaci redakcya 30 koron od arkusza druku. Nadto mają autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Ktoby życzył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie odnośne objawić na rękopisie.

Redakcya uprzejmie prosi przesyłać rękopisy, ile możności wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach, będą w »Postępie« omówione.

Redakcya.

OGŁOSZENIA.